Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI LWÓW

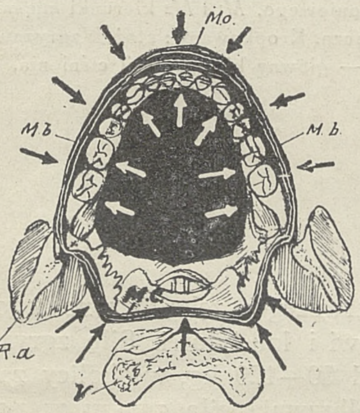
UKSZTAŁTOWANIE SIĘ ZĘBÓW JAKO WYRAZ FUNKCJI ZE STANOWISKA STATYKI.

La morphogenèse de chaque dent en particulier comme résultat de la fonction au point de vue de la statique.

Die Morphogenese der einzelnen Zähne ein Resultat der Funktion — im Lichte statischer Erwägungen.

Doc. pol. 15,12 : 15,5 : 15,1 Doc. int. 611.715

Najważniejszą częścią składową aparatu żucia są zęby. Rozrost narządu żucia rozpoczyna się z rozrostem zawiązków zębowych i z wyrzynaniem się zębów, następnie z funkcją najpierw uzębienia mlecznego a później uzębienia trwałego.



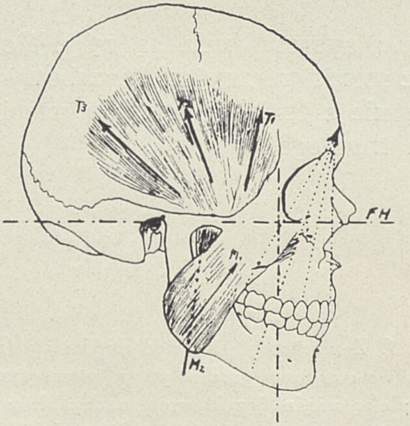
Ryc. 1. Zewnętrzny pierścień mięśniowy (policzkowo-wargowo-gardłowy) i wewnętrzny kompleks mięśni językowych nadają łukowy kształt szeregowi zębów (Cieszyński).

Wyrzynanie się zębów trwałych i wytworzenie się ich korzeni powoduje zwiększenie się wyrostków zębodołowych. Wyrzynanie się trwałych zębów trzonowych poza szeregiem zębów mlecznych wpływa na powiększenie się trzonu żuchwy i szczęki górnej. Szczęka dolna i górna są w ciągłej przebudowie od chwili urodzenia aż do 18-go względnie 20-go roku życia, tj. do chwili wyrżnięcia się zębów mądrości.

Ustawienie zębów w szeregu w formie połowy elipsy wzgl.

paraboli jest wynikiem równowagi sił mięśniowych, tj. działających od zewnątrz (musculus buccinatoius et m. orbicularis oris), a od wewnątrz mięśni języka. (Ryc. 1). Układ zaś osi zębowych i kierunek korzeni zębów zależny jest od kierunku ciśnienia sił mięśniowych, wprowadzających w ruch szczękę dolną. Siła odprężeniowa mięśni służących do żucia występuje w kierunkach różnych, zasadniczo w kierunku prostopadłym do szczęki górnej podczas zwarcia szczęk (ryć. 2 i 3), następnie w zasadniczym kierunku poprzecznym podczas żucia (ryc. 3, 4 i 7).

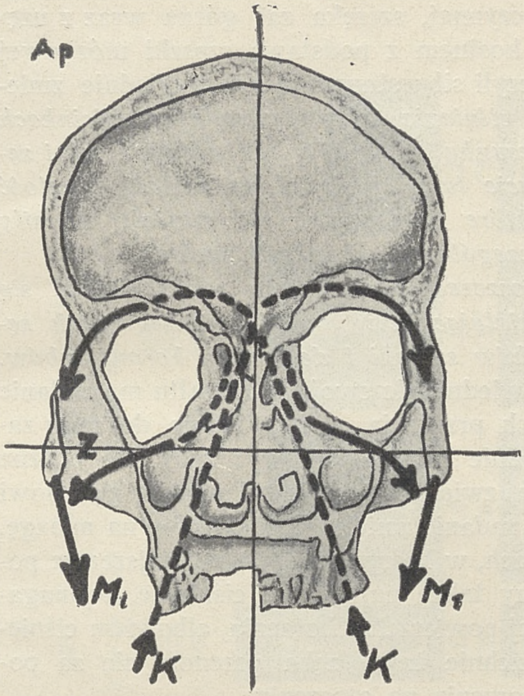
Na ustawienie się osi zębów w szczęce dolnej i górnej ma przedewszystkiem wpływ siła zgryzu czyli ciśnienia, która występuje przy zwarciu szczęk. Siła ta, którą różni autorowie podają od 200—400 kg. jest nierównomiernie rozłożona na łuku szczęki dolnej



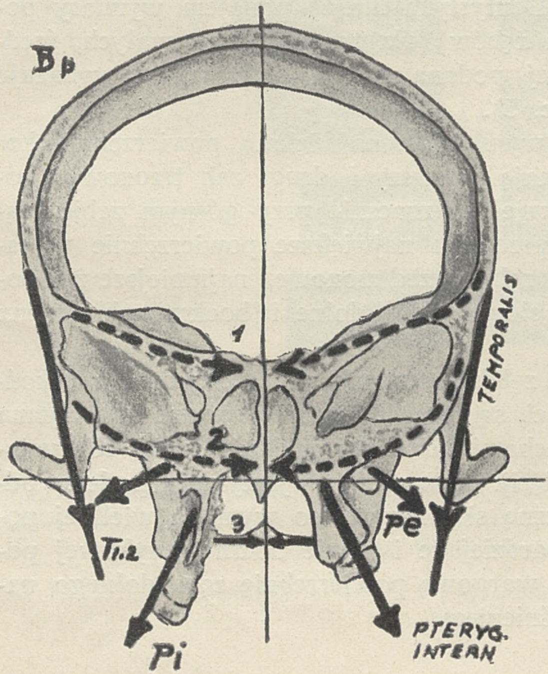
Ryc. 2. T_1, T_2, T_3 **kierunki mięśnia skroniowego.** M_1 **i** M_2 **kierunki mięśnia żwacza. Kropkowany: stożek zgryzowy — główny kierunek sił ciśnienia.**

i występuje najsilniej w okolicy pierwszego zęba trzonowego, zmniejszając się w kierunku ku przodowi i ku tyłowi. Siłę zgryzu w okolicy zęba trzonowego podają od 60—120 kg, w okolicy zaś zębów przednich od 15—30 kg. Ta olbrzymia siła zgryzu w poszczególnych odcinkach szczęki jest tak doskonale ze sobą zrównoważona, że nie wyczuwamy żadnych wstrząsów przy używaniu aparatu żucia i że nie zdajemy sobie wogóle sprawy z sił, któremi dysponuje nasze uzębienie.

Siła tak wielka zostaje wywierana przez ucisk szczęki dolnej na szczękę górną, która podstawą swoją opiera się na czaszce mózgowej, w której mieści się centralny narząd nerwowy. Ciśnienie wywierane przez żuchwę na szczękę górną ma pod względem



Ryc. 3. Przekrój czołowy przez 1-sze zęby trzonowe, pionowo do *FH.* Siły pociągające *M*1 zostają zamortyzowane przez siłę ciśnienia — odprężeniową *(K)* w okolicy sinus frontalis (Cieszyński).



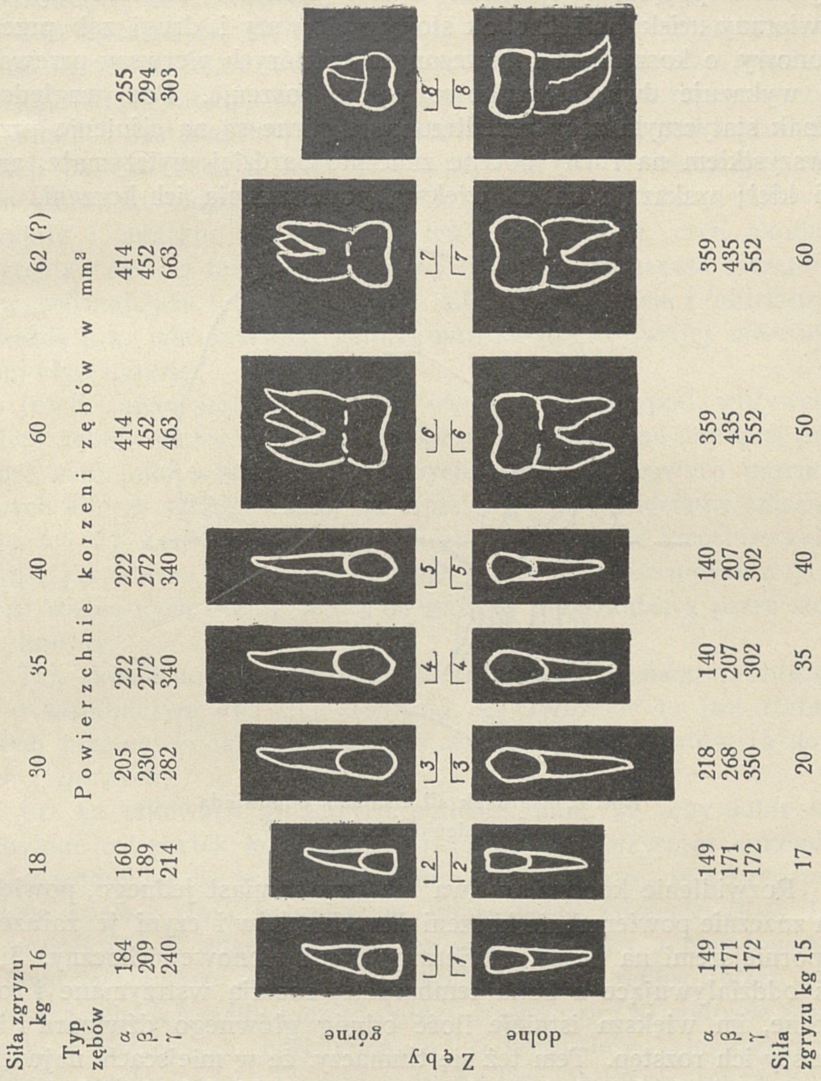
Ryc. 4. Przekrój czołowy w okolicy tylnego wzmacniającego filara. Siła pociągająca *T*1 i 2 rozerwałaby górne sklepienie czaszki, gdyby nie amortyzacja ciśnienia przez trzy sklepienia *1*, *2* i *3*. *Pi* kierunek sił pociągających mięśnia skrzydłowatego wewnętrznego. *Pe* — kierunek ukośny siły pociągającej m. skrzydłowatego zewnętrznego (według Cieszyńskiego).

statycznym znaczenie siły czynnej, szczęka zaś górna wraz z uzębieniem oraz połączeniem kostnem z podstawą czaszki mózgowej ma znaczenie sił biernych, czyli sił wstrzymujących względnie zmieniających ruch. *Kierunek ciśnienia w poszczególnych odcinkach żuchwy zadecydował o kierunku osi zębów tak dolnych jak i zębów górnych, a w rezultacie także wpłynął na kształt, objętość i powierzchnię korzeni, które dostosować się musiały do siły ciśnienia, różnego w poszczególnych odcinkach żuchwy. Ustawienie korzeni poszczególnych zębów przystosować się musiało do kierunku sił działających i funkcji poszczególnych zębów, a więc także do ruchów szczęki i do funkcji korony zębów.* Uzębienie ludzkie odpowiednio do swojego kształtu ma zadanie odgryzania pokarmów i ich przeżucia. Odpowiednio do tego zadania wykazują zęby przednie kształt klinowy; zęby zaś boczne mają powierzchnie szerokie, zwiększające się od przodu ku tyłowi w szeregu zębów, mając za zadanie zmielenie pokarmów na miazgę. Właśnie w tych miejscach, w których spotykamy najszersze powierzchnie koron spotykamy także największe ciśnienie, wymagające zatem także największej powierzchni korzenia, albowiem ciśnienie wywierane na powierzchnię trącą zęba przenosi się za pośrednictwem powierzchni korzenia na otoczenie.

W r. 1925 (Polska Dentystyka Nr. 6) podałem wymiary powierzchni poszczególnych zębów (dla trzech typów małych, średnich i wielkich). Poniżej podana tabela oraz rycina wykazuje najważniejsze dane. (Ryc. 5).

Z tabeli powyższej wynika, że największą powierzchnię korzeni w szczęce górnej mają pierwszy i drugi ząb trzonowy; powierzchnia korzeni redukuje się znacznie przy górnym zębie mądrości. W odcinku zaś przednim największe powierzchnie wykazują dolne kły i górne zęby przedtrzonowe, najmniejsze zaś powierzchnie korzeni mają sieczne zęby dolne i boczny ząb sieczny górny.

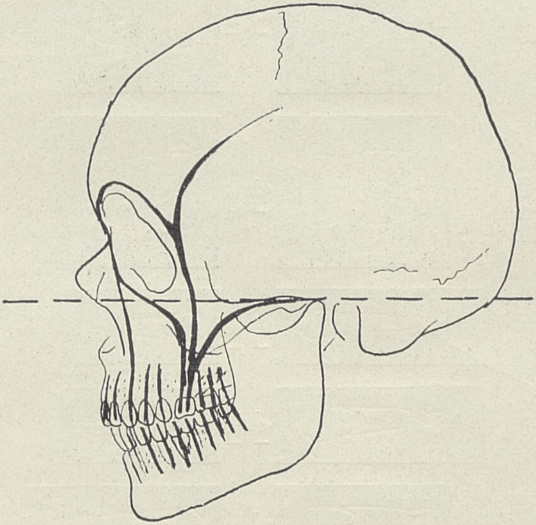
Wielkie powierzchnie zębów bocznych, począwszy od kła a skończywszy na zębie mądrości, są nietylko uwarunkowane siłą czynną ciśnienia, ale także i ruchami bocznemi podczas żucia. Kły ustawione na głównem wygięciu łuku szczęk wytrzymują podczas odgryzania pokarmów znaczną siłę zgryzu, co wymaga wielkiej powierzchni korzeni, tem bardziej że i tarcie boczne językowej powierzchni kła górnego o wargową powierzchnię zęba dolnego następuje pod wielkiem ciśnieniem.



	1	2	3	4	5	6	7	8
Siła zgryzu kg (górne)	16	18	30	35	40	60	62 (?)	
Typ zębów α (górne)	184	160	205	222	222	414	414	255
β (górne)	209	189	230	272	272	452	452	294
γ (górne)	240	214	282	340	340	463	663	303
α (dolne)	149	149	218	140	140	359	359	
β (dolne)	171	171	268	207	207	435	435	
γ (dolne)	172	172	350	302	302	552	552	
Siła zgryzu kg (dolne)	15	17	20	35	40	50	60	

Ryc. 5. Powierzchnie korzeni poszczególnych zębów z uwzględnieniem 3 wielkości zębów α, β, γ a ich stosunek do siły zgryzu (pondus), podanej w kilogramach (według Cieszyńskiego).

Jeżeli porównamy kieł górny z zębami przedtrzonowemi obok niego stojącemi odnosimy wrażenie na pierwszy rzut oka, że kieł o jednem potężnem korzeniu będzie znacznie odporniejszy na wywierany ucisk, aniżeli obok stojący pierwszy i drugi ząb przedtrzonowy, o korzeniach spłaszczonych, z których pierwszy przeważnie wykazuje dwa, stosunkowo wątłe korzenie. Pod względem jednak statycznym zęby przedtrzonowe górne są na ciśnienie przedewszystkiem na ruchy boczne znacznie bardziej wytrzymałe, aniżeli kieł; wskazuje na to większa powierzchnia ich korzeni.



Ryc. 6. **Kierunek sił ciśnienia odpowiada wzmocnieniom kośćca.**

Rozwidlenie korzeni w dwa lub trzy zamiast jednego, powiększa znacznie powierzchnie korzeni danych zębów i czyni je zarazem odporniejszemi na ucisk wywierany w osi pionowej i boczny. Siły zaś oddziaływujące z boku tembardziej zostają wstrzymane i rozłożone, im większa istnieje ilość odnóg głównego dźwigara i im szerszy ich rozstęp. Tem też się tłumaczy, że w miejscach największego ciśnienia i największej ekskursji szczęki dolnej w bok spotykamy większą ilość korzeni szeroko rozstawionych, jak np. przy pierwszym zębie trzonowym. Zbliżenie zaś korzeni i częściowy ich zrost — jak przy drugim i trzecim zębie trzonowym górnym — wskazuje na redukującą się ku tyłowi siłę ciśnienia i zmniejszanie się przesunięcia w bok. Rozwidlenie korzeni w szczęce górnej uwa-

runkowane jest rozłożeniem siły ciśnienia w szczęce górnej, która przenosi się w dalszym ciągu w pewnych stałych kierunkach, uwarunkowanych konstruktywną budową szczęki górnej (Ryc. 7).

Ząb wyrzynający się ma zaledwie wytworzoną zwapniałą część swego korzenia, która wewnątrz wypełniona jest jeszcze mięsistą miazgą, mającą zadanie wytwarzania w dalszym ciągu reszty korzenia w latach następnych [1]). Ta dobudowa odbywa się pod wpływem funkcji danego zęba a więc pod wpływem sił wykazujących pewien kierunek. Odpowiednio do tych sił następuje także i budowa zębodołu i aparatu łączącego korzeń z zębodołem, czyli okolicy przyzębia. Aparat ten zawieszeniowy musi się odznaczać szczególną wytrzymałością i odpornością na siłę zgryzu i żucia i oddziałuje na każdy uraz jako pierwszy amortyzator sił dzięki swojej niezrównanej elastyczności.

Jeżeli zatem korzenie zębów wytworzyły się pod wpływem funkcji zębów ustawionych już w szeregu, mogą one najlepiej posłużyć nam jako wskazówki głównych osi sił uciskowych przenoszących siłę ze szczęki dolnej na szczękę górną i podstawę czaszki. (Ryc. 6 i 7). Zęby o trzech korzeniach są w gruncie rzeczy zwykłe dźwigary z trzema odnogami i możemy łatwo skonstruować z tych trzech rozbieżnych odnóg jedną oś główną przechodzącą przez środek korony.

Tak skonstruowane idealne osie korzeni dadzą nam wyobrażenie o zasadniczym kierunku ciśnienia. Że założenie to jest trafne za tem przemawia także główna oś wyrostków zębodołowych dolnych i górnych.

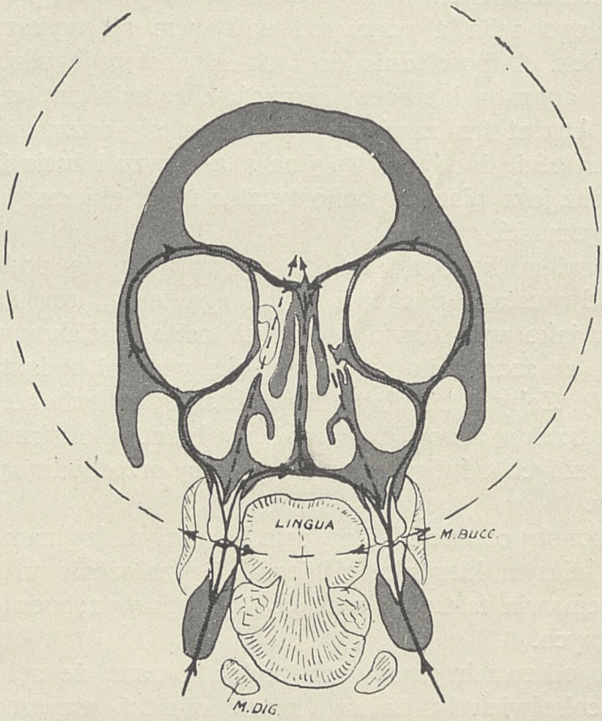
Już na odlewach gipsowych podpada nam, że zęby dolne są pochylone cokolwiek ku osi środkowej czaszki, przyczem korzenie zębów ustawione są w szerszym łuku aniżeli korony, w górnej zaś szczęce korony stoją w szerszym łuku aniżeli korzenie. (Ryc. 7). W konsekwencji więc widzimy, że łuk wyrostka zębodołowego górnego jest węższy w okolicy szczytów korzeni zębów aniżeli łuk wyrostka zębodołowego szczęki dolnej. Najbardziej to podpada przy szczękach bezzębnych, pozbawionych już wyrostków zębodołowych wskutek zaniku kości. Tłumaczy się to tem, że szereg zębów górnych i dolnych ustawiony jest niejako na płaszczu stożka

---

[1]) Zob. ryciny 77 i 83 w podręczniku: „Lehrbuch der Zahnheilkunde" Porta i Eulera na str. 91 i 99.Przedstawienie graficzne zwapnienia zębów mlecznych i stałych według Pierce'a. Wydanie z r. 1920.

utworzonego przez przedłużenie osi zębów, którego szczyt leży w okolicy gładzizny (glabella) (C i e s z y ń s k i).

Obserwacja ta posiadająca dla protetyki wielkie znaczenie opiera się na spostrzeżeniu hr. S p e e'e g o co do przebiegu krzywej zgryzowej. Autor ten przedłużając osie dwóch zębów np. zęba przedtrzonowego pierwszego i pierwszego zęba trzonowego aż do



Ryc. 7. Przekrój czołowy w okolicy pierwszych zębów trzonowych. Wskutek rozwidlenia kierunku sił ciśnienia i szczególnej architektury kośćca następuje amortyzacja siły zgryzu u szczytów stożków zgryzowych. Koło onacza tor zgryzu przy bocznych ruchach (Cieszyński).

skrzyżowania się osi otrzymał w punkcie tym środek koła, określającego powierzchnię zgryzową zębów, a przebiegającego również przez staw żuchwowy. Koło to przechodzi więc przez powierzchnie trące zębów bocznych i w miejscu styku powierzchni zębów przednich. (Ryć. 8). Nasza konstrukcja toru artykulacyjnego odbiega o tyle od założenia Spee'ego, że jako ośrodek koła bierzemy szczyty stożków zgryzowych.

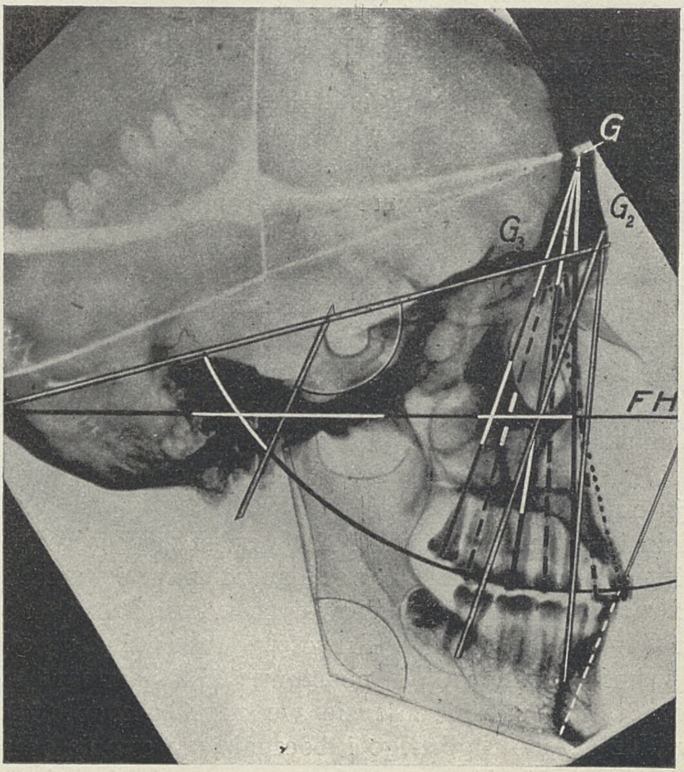
Jeżeli spostrzeżenie to z powierzchni przeniesiemy w przestrzeń to otrzymamy zamiast koła odcineek kuli, stanowiący podstawę stożka zgryzowego, przyczem wysokość płaszcza stożka odpowiadać będzie promieniowi tejże kuli czyli długości osi zębów, przyjąwszy, że osie wszystkich zębów zbiegają się w szczycie tego stożka. Odcinek tejże kuli spoczywa zatem na powierzchni zgryzowej zębów dolnych i przechodzi przez stawy żuchwowe, tak jak to sobie wyobraził Monsen, konstruując swój artykulator, służący do ustawienia zębów w bezzębnej szczęce.

Gdybyśmy np. zamiast układu stożkowego osi zębowych mieli układ równoległy osi zębów, wówczas siły uciskowe, przenosiłyby się wzdłuż tychże osi u podstawy czaszki, a każdy z poszczególnych elementów aparatu żucia wymagałby osobnej konstrukcji amortyzującej siłę ciśnienia. Zbieżność natomiast osi zębowych w postaci stożka powoduje częściową amortyzację sił i zrównoważenie ich z obu stron działających. Reszta ciśnienia przenosi się na sklepienia podstawy czaszki, z których jedno zwrócone jest ku dołowi, drugie zaś ku górze, tworząc w ten sposób w przekroju swoim elipsę. (Ryc. 4). Siła ciśnienia zbiegająca się u szczytu stożka przenosi się na sklepienie dolne a poprzez nie na sklepienie górne, amortyzując się u szczytu (ryc. 3). Odpowiada to stosunkom w czołowym przekroju czaszki (Ap).

Ciśnienie wywierane przez żuchwę na szczękę górną następuje na skutek skurczu mięśni, powodujących zwarcie szczęk a więc mięśni żwaczy i mięśni skrzydłowatych wewnętrznych oraz skroniowych (T^1 i T^2). Ryc. 4. Przyczepy mięśni żwaczy oddziałują na trzon kości jarzmowej i podstawę łuku jarzmowego. A siła pociągowa tychże mięśni daje się we znaki oczodołowi, przebiegając wzdłuż oczodołu górnego i bocznej jego stronie oraz wzdłuż oczodołu. (Ryc. 3). Tą samą drogą przenosi się jednak siła ciśnienia przebiegająca przez *główny dźwigar podporowy tj. pierwszy szy ząb trzonowy* i okolicę trzonu kości jarzmowej, przebiegając w odwrotnym kierunku. Siła zatem odprężeniowa tegoż mięśnia przebiegająca od góry ku dołowi zostaje niejako zneutralizowana przez siłę ciśnienia przebiegającą tą samą drogą w odwrotnym tylko kierunku i odbiegającą zarazem jeszcze w ukośnym kierunku ku górze w kierunku kości skroniowej (ryc. 7).

Ruchy boczne podczas żucia spowodowały rozbicie sił uciskowych idealnego jednego stożka zgryzowego na kilka stożków zgryzowych, które jednak mają to wspólne ze sobą, że siły jednej

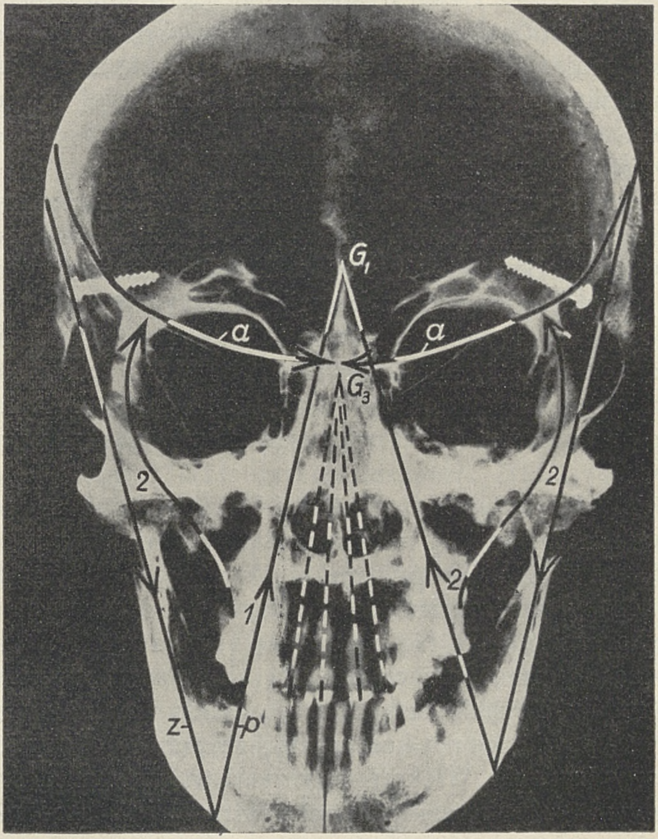
i drugiej strony, przeważnie kilku grup zębów spotykają się w jednem miejscu skrzyżowania. Ryc. 8. *Osie zębów przedtrzonowych i trzonowych dolnych* krzyżują się na przedniej ścianie zatoki czołowej (G_2), tuż ponad oczodołami. Osie natomiast *zębów trzonowych górnych i przedtrzonowych* spotykają się na ścianie wewnętrznej zatoki czołowej (G). Odpowiednio do działania tych



Ryc. 8. Główne osie zębów spotykają się u szczytów stożków. *G*2 stożek dolnych zębów trzonowych, *G* górnych zębów trzonowych, *G*3 górnych zębów przednich. Tor zgryzu tworzy powierzchnię kuli z ośrodkami w okolicy szczytów stożków (Cieszyński).

sił ściana sklepienia kości czołowej doznała rozszczepienia, wytworzyła się między dwoma blaszkami próżnia, zatoka czołowa. Poprzez ściany przednią i tylną zatoki czołowej przenosi się siła ciśnienia zgryzu na sklepienie górne czaszki rozkładając się powoli na całej powierzchni i dochodząc do zera w okolicy wielkiego ciemiążka, spotykanego u noworodka.

Największym wahaniom podlega układ *zębów przednich,* który zależny jest od układu powierzchni kulistej zgryzu do poziomej statystycznej i od głębokości styku dolnych przednich zębów z górnemi przedniemi. Pomijam w rozprawie tej kwestję nieprawidłowości zgryzu i charakteryzuję tylko układ osi zębów przednich



Ryc. 9. Sile pociągającej mięśni skroniowych i żwaczy odpowiada siła ciśnienia *p*, amortyzująca się w *G* (*G*3). Sklepienie *a* przeciwdziała rozerwaniu czerepu czaszki na skutek siły pociągającej mięśni skroniowych. Tor kulisty przy ruchach bocznych (zobacz na ryc. 7. i 8.).

w zgryzie normalnym. Osie tych zębów krzyżują się zazwyczaj niżej aniżeli osie zębów innych i to bliżej tylnej ściany jamy czołowej (G_3, ryc. 8 i 9).

Idealne osie zębowe wyznaczone na roentgenogramach (w ryc. 8 i 9) w rzeczywistości nie przenoszą się w prostej linji, tylko nie-

jednokrotnie drogą okrężną, omijając narządy wzroku i drogą oddechową przez szczególnie zbudowane twory architektoniczne jak oczodoły i otwór gruszkowaty, znajdując wyraz w szczególnej konstrukcji wzmacniającej czaszkę twarzową.

Ponieważ wytworzenie się dźwigarów podporowych — zębów — jest również tylko wynikiem funkcji aparatu żucia to i architektura tychże dźwigarów musi odpowiadać kierunkom ciśnienia. Jeżeli spojrzymy na zdjęcia boczne roentgenowskie szczęki górnej, widzimy podstawę trzonu kości jarzmowej w postaci litery *V*, co też analogicznie odpowiada *rozwidleniu się bukalnych korzeni pierwszego zęba trzonowego.*

Jeżeli zaś spojrzymy na przekrój strzałkowy tejże okolicy (ryc. 8), widzimy ścianę zewnętrzną i ścianę wewnętrzną jamy szczękowej ułożoną w postaci odwróconego *V*, czyli że rozkład sił ciśnienia następuje po ścianach jamy szczękowej. Analogicznie do tegoż rozwidlenia ścian mamy także i rozwidlenie między korzeniami policzkowemi a korzeniami podniebiennemi pierwszego zęba trzonowego, które nastąpiło na skutek nietylko pionowego ciśnienia ale sił bocznych podczas żucia pod wpływem mięśni skrzydłowatych zewnętrznych.

U dolnych zębów trzonowych, które osadzone są w trzonie żuchwy, odznaczającej się nadzwyczaj grubą warstwą istoty korowej przyczem przekrój poprzeczny żuchwy wykazuje przekrój wydłużonej elipsy, tj. konstrukcji nadzwyczaj odpornej na siły pociągowe, korzenie zębów nie potrzebują być rozwidlone tak szeroko jak w szczęce górnej, mającej zadanie siły statycznej biernej. Rozwidlenie zębów dolnych następuje od przodu do tyłu przez co powiększa się powierzchnia korzeni tychże zębów odpowiednio do wielkiej siły ciśnienia. Większa odporność w kierunku dośrodkowo-odśrodkowym przy zębach dolnych dlatego jest szczególnie potrzebna, że podczas odgryzania pokarmów następują ruchy od przodu ku tyłowi, wymagające szczególnej odporności statycznej, natomiast wystarczająca odporność przy ruchach bocznych została dostatecznie zagwarantowana tymże zębom przez grubą istotę korową po stronie bukalnej i lingualnej, znajdującą szczególny swój wyraz w linea obliqua externa i linea mylohoidea.

Pozostaje mi jeszcze wytłumaczyć *spłaszczenie w kierunku mezjalnodystalnym górnych zębów przedtrzonowych.*

Jak wiadomo w rozwoju filogenetycznym nastąpiła redukcja ilości zębów i to: z trzech zębów siecznych na dwa, z 3 zębów

przedtrzonowych na 2, z 4 zębów trzonowych na 3: tylko ząb kieł jak dawniej tak i obecnie zachował się w liczbie 1. Redukcja uzębienia stała się koniecznością z chwilą przemiany postawy istot czworonożnych na dwunożne i przejścia w pionową postawę. Ten ważny moment w rozwoju filogenetycznym pociągnął za sobą możność zwiększenia się pojemności czaszki mózgowej i konieczność cofnięcia się aparatu żucia ku tyłowi celem utrzymania równowagi między czaszką twarzową a czaszką mózgową. Cofnięcie się twarzoczaszki ku tyłowi musiało w konsekwencji pociągnąć redukcję ilości zębów. Jako pierwszy zanikł 3-ci ząb sieczny, następnie 3-ci przedtrzonowy ząb. W tych miejscach daje się we znaki szczególne ciśnienie wśród szeregu. Jako wyraz tegoż ucisku nastąpiło nietylko wypadnięcie zęba 3-go przedtrzonowego ale również i ściśnięcie stożka korzeni zębowych. Dlatego też spotykamy ściśnięte stożki zębów drugich, zębów czwartych i zębów piątych, zaznaczające się na przekroju poziomym w kształcie elipsy zamiast koła, a w miejscach, gdzie występują równocześnie siły mięśniowe działające w kierunku bocznym przyszło do rozwidlenia się korzeni jak np. przy pierwszym zębie przedtrzonowym i częściowo przy drugim zębie przedtrzonowym. Jeżeli ząb przedtrzonowy drugi wykazuje skłonność do zrostu korzeni to tylko dlatego, że dzięki ustawieniu swemu w pobliżu głównego dźwigara bocznego (trzonowo-jarzmowego), siły wbok działające tak dalece zostaną zneutralizowane, że w miejscu drugiego dwuguzkowca występują w mniejszym stopniu, co znajduje swój wyraz w zmniejszonej powierzchni korzenia tego zęba a zarazem zroście obu korzeni. Natomiast spotykamy przy silnie rozwiniętych szczękach również dwukorzeniowe drugie przedtrzonowce jako ślad dawniejszych stanów filogenetycznych.

Studja nad statyczną budową czaszki, a przedewszystkiem nad znaczeniem aparatu żucia dla konstrukcji architektonicznej czaszki twarzowej dozwoliły nam do pewnego stopnia wytłumaczyć także kształty poszczególnych zębów jako wynik funkcji uzębienia i działanie ciśnienia zgryzu w ciągu setek tysięcy lat rodzaju ludzkiego i w ciągu kilkudzieesięciu lat życia jednostki.

PIŚMIENNICTWO.

Cieszyński A., Wpływ aparatu służącego do żucia na statyczną budowę czaszki. V. Pol. stomatol. Kongres we Lwowie 1931.

Cieszyński A., Einfluss des Kauapparates auf den statischen Bau des Schädels. Budapeszt 1931, Kongr. A. S. I.

C i e s z y ń s k i A., La roentgenographie comme méthode de rechcerches des rapports statiques du crâne en général et du crâne facial en particulier. I. kongr. międzynarod. Elektro-radjologiczno-dentystyczny w Paryżu. Paryż 1931.

C i e s z y ń s k i A., Orthodontie und statischer Aufbau des Schädels. Fortschr. der Orthodontik 1933. Zeszyt 1. Berlin.

C i e s z y ń s k i A., Die einzelnen Zahnformen als Resultat funktioneller Beanspruchung vom Standpunkte der Statik und Dynamik. Bolonja 1935 II. Międzynar. kongres stomatol. Streszczenie — to samo po franc., ang. i hiszp.

C i e s z y ń s k i A., Badanie nad statyczną budową czaszki ze szczególnem uwzględnieniem aparatu żucia. Pol. Stom. 1934. nr. 11—12; 1935. nr. 1, 2, 3, i 4—5.

R i c h t e r W., Der bilateral symmetrische Kaumechanismus des Menschen und seine Beziehungen zur geraden Kopfhaltung und zum Aufbau des Obergesichtsschädel. Deut. Monatsschrift f. Zahnheilk. 1919—1921.

Podczas druku tejże pracy doszła do moich rąk dysertacja doktorska z Inst. dent. „Carolinum" Uniw. frankfurckiego; praca dr. Ludwika S c h w a r t z a: B e t r a c h t u n g e n ü b e r d i e F o r m d e r Z ä h n e u n d i h r e B e z i e h u n g e n z u d e n s t a t i s c h - d y n a m i s c h e n V e r h ä l t n i s s e n d e s G e b i s s e s (Rozważanie nad kształtem zębów i jego stosunkiem do warunków statyczno-dynamicznych uzębienia) z r. 1929.

Autor porusza w niej następujące zagadnienia: Znaczenie kształtu zęba dla patologji zębów i zębodołów. — Oznaczenie szpary między zębem a zębodołem podczas obciążenia. — Odmiany kształtu korzenia od ostrego stożka i wpływ ich na dynamikę zębów. *a)* Wpływ połączenia idealnego kształtu stożkowatego z kształtem cylindrycznym na normalną i patologiczną statykę i dynamikę zębów, *b)* wpływ zakrzywień korzeni na statykę i dynamikę uzębienia. Według tegoż autora obciąża siła zgryzowa zębodół we wszystkich jego częściach równomiernie w warunkach normalnego obciążenia. Im bardziej tępy (zaokrąglony) jest szczyt, o tyle mniej równomierne jest obciążenie całego zębodołu, a tembardziej koncentruje się obciążenie w okolicy szczytu. Przy obciążeniu bocznem zębów występują siły nieskompensowane, poruszające ząb jednostronnie. — Powyższe badania nie mają żadnego wpływu na wyniki moich badań i ujęcie całego tematu.

Prof. Dr. A. Cieszyński, Lwów. — La morphogenèse de chaque dent en particulier comme résultat de la fonction au point de vue de la statique (Résumé).

1. La forme de chaque dent en particulier est le résultat des forces fonctionnelles de la pression masticatrice.

2· La surface de la racine est proportionnelle à la force masticatrice. Plus grande elle est, plus grande aussi est la surface des dites racines. De là provient leur division: bifurcation ou trifurcation.

3. La direction des racines dépend du parcours des lignes de force.

4. La bifurcation de l'axe transversal est due au mouvement latéral du maxillaire inférieur.

5. On peut expliquer en voie phylogénétique et statique la réduction du nombre des dents chez l'homme par son port vertical. Une autre suite en est

la compression des racines des prémolaires supérieures. Leur bifurcation est due à la haute pression dans cette partie du maxillaire. Là au contraire où l'architecture de la mâchoire assure une résistance suffisante, il y a réduction de la tendance au renforcement comme le prouve la coalescence des deux racines de la seconde prémolaire et des trois racines du seconde et troisième molaire.

Prof. Dr. A. Cieszyński, Lwów. — Die Morphogenese der einzelnen Zähne ein Resultat der Funktion — im Lichte statischer Erwägungen (Zusammenfassung).

1. Die Gestaltbildung der einzelnen Zahnformen ist das Resultat der funktionellen Kräfte des Kaudrucks.

2. Die Wurzeloberfläche ist dem Kaudruck proportional. Daher muss an Stellen des stärksten Kaudrucks auch die grösste Wurzeloberfläche vorhanden sein, was durch Aufteilung - Gabelung der Wurzeln erreicht wird.

3. Die Richtung der Wurzeln ist durch den Verlauf der Kraftlinien gegeben.

4. Die Gabelung im transversalen Durchmesser ist durch die Seitenbewegung des Unterkiefers bedingt.

5. Die Reduktion der Anzahl der Zähne wird phylogenetisch und statisch durch den aufrechten Gang des Menschen erklärt. Eine weitere Folge ist die Kompression der oberen Prämolarenwurzeln. Die Zweiteilung derselben ist durch den hohen Kaudruck in diesem Kieferabschnitt bedingt. Wo bereits die Architektur des Kiefers eine genügende Festigkeit bietet, kann eine Reduktion des Verstärkungsstrebens: des zweiten Prämolaren eintreten, die sich in der Verwachsung beider Wurzeln kundgibt. Analog ist die Verwachsung der Wurzeln des zweiten und dritten Molaren zu erklären.

W dniu 21 września 1935 zmarł prof. Caesare Cavina.

Cesare Cavina, urodzony w Bolonji w r. 1868, odbył studja gimnazjalne i uniwersyteckie tamże i otrzymał w r. 1912 stopień Dra medycyny. Po gruntownem przygotowaniu ogólno-lekarskim i chirurgicznem w klinikach swego miasta rodzinnego objął w r. 1919 wykłady zlecone z chirurgji jamy ustnej w Instytucie Dentystyki i Protetyki Uniwersytetu w Bolonji, tudzież prymarjat chirurgiczny w tamtejszym instytucie dla chorób jamy ustnej. Stanowiska te zajmuje po dzień dzisiejszy. W r. 1925 habilitował się z dentystyki i chirurgji jamy ustnej; równocześnie otrzymał zlecenie wykładów z dentystyki w Uniwersytecie w Padwie.

Jako pierwszy zdecydowany przedstawiciel kierunku chirurgicznego w stomatologji we Włoszech, działał w nauczaniu i w praktyce w kierunku unormowania każdego zabiegu operatywnego w jamie ustnej według zasad współczesnej wielkiej chirurgji. Wszystkie djagnostyczne metody badania, owoce badań znieczulenia ogólnego i miejscowego, cały zasób terapji lekarskiej, chirurgicznej i fizykalnej miał podporządkować wskazaniom stomatologicznym i rozbudował w ten sposób w swoim klinicznym zakresie działania tę specjal-

ność jako gałąź chirurgji otwierając w ten sposób cały obszar djagnostyki lecznictwa chorób jamy ustnej.

Ze szczególnem poświęceniem oddał się nauczaniu: całem wkładem swojej sugestywnej osobowości potrafił on wśród narybku stomatologicznego, wśród wielu setek studentów i lekarzy obudzić zrozumienie dla istoty i dla metod leczniczych chorób jamy ustnej, nietylko według najbardziej współczesnych naukowych punktów widzenia lecz także w duchu klinicznym i ludzkim.

Założył czasopismo „Archivum chirurgiae oris", którego był redaktorem.

Działalność naukowa obejmuje prócz rozmaitych prac na polu chirurgji ogólnej głównie dziedzinę chirurgji jamy ustnej. Do roku 1931 miał przeszło 70 publikacyj, w których nie brak prawie żadnego jej rozdziału: wrodzone wady rozwojowe jamy ustnej, złamania szczęki górnej i dolnej, chirurgja restauracyjna szczęk, chirurgja stawu szczękowego, plastyczna chirurgja twarzy, torbiele korzeniowe i zawiązkowe, chorby przyzębia, zapalenia szczęk pochodzenia zębowego, guzy jamy ustnej, znieczulenie miejscowe, neuralgje nerwu trójdzielnego i t. d.

Należał do licznych towarzystw naukowych: jest członkiem Naukowego Towarzystwa Lekarskiego w Bolonji i Padwie, Włoskiego Związku Stomatologów, Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego, Włoskiego Towarzystwa Chorób Skórnych i Wenerycznych, Towarzystwa Chorób Nosa, Uszu i Gardła, Włoskiego Towarzystwa Ortopedycznego, Włoskiego Towarzystwa Anatomicznego, Niemieckiego Towarzystwa Anatomji i Patologji Zębów — Arpy, pozatem jest członkiem korespondentem: Sociéte de Stomatologie w Paryżu i członkiem honorowym Towarzystwa Stomatologicznego w Budapeszcie.

W czasie wojny światowej wstąpił do wojska jako ochotnik, przez cały czas trwania wojny odbywał służbę frontową i został odznaczony za zasługi wojenne.

W r. 1931 brał czynny udział w V. Zjeździe stomatologicznym we Lwowie, gdzie przedstawił bardzo ciekawą rozprawę i pozyskał sympatję kolegów Polaków. W Bolonji odwiedzili go prof. Cieszyński, doc. Szepelski, adjunkt Jankowski, dr. Jarzęb i zachwycali się jego techniką operacyjną.

Ze śmiercią prof. Caviny traci Polska jednego ze swych najlepszych przyjaciół.

Cześć Jego pamięci!

Listy kondolencyjne do pani Caviny, do Fakultetu Lekarskiego Uniwersytetu w Bolonji, do dyrekcji Kliniki odontjatrycznej pod adresem prof. Beretty wysłał imieniem stomatologów polskich i wszystkich organizacyj poniżej podanych

Prof. Dr. A. Cieszyński

dyrektor Kliniki stomatologicznej U. J. K. we Lwowie, prezes Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej, przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, przewodniczący Związku Słowiańskich Stomatologów, przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego Féderation Dentaire Internationale, przewodniczący Polskiej Sekcji A. S. I., naczelny redaktor „Polskiej Stomatologji" i „Słowiańskiej Stomatologji".

F. D. I.

Zarys historji dentystyki w rozmaitych krajach świata w latach 1934/35.

Sprawozdanie komisji prasowej F. D. I. — Referent A. Joachim.

Na wniosek delegacji polskiej Międzynarodowego Związku Dentystycznego F. D. I. postanowiono w r. 1933 uzyskać drogą sprawozdań delegatów krajów należących do F. D. I. zarys historji dentystyki całego świata.

Pierwsze sprawozdanie zbiorowe złożone zostało na zebraniu wykonawczem F. D. I. w roku 1934 w Como za rok 1933/34 i wzbudziło wielkie zainteresowanie. Komisja prasowa zwiększyła wysiłki, ażeby obecnie w r. 1935 przedstawić ile możności pełniejsze sprawozdanie.

Spodziewamy się, że rok rocznie będziemy świadkami wzrostu dobrej woli, i że nasze delegacje znajdą, coraz więcej zrozumienia, jakie korzyści płyną dla F. D. I. z dokładnych sprawozdań o ważnych wydarzeniach obchodzących cały zawód dentystyczny.

Oto najważniejsze wydarzenia godne wzmianki, dotyczące strony naukowej i ustawodawczej.

AMERYKA. STANY ZJEDNOCZONE.

Amerykańskie stowarzyszenie szkół dentystycznych (American Association of Dental Schools), które obejmuje wszystkie uczelnie dentystyczne, uznane w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, powzięło dnia 25 marca 1935 jednomyślną uchwałę w sprawie lat nauki wymaganych do uzyskania stopnia Dra chirurgji dentystycznej (Doctor of Dental Surgery = D. D. S.), lub Dra medycyny dentystycznej (D. D. M. = Doctor of Dental Medecine). Od kandydatów będzie wymagane 2-letnie kolegjum sztuki i nauk, poczem mogą oni studjować dentystykę w szkole dentystycznej. Nauka trwać będzie 4 lata, (a więc razem 6 lat studjów wyższych).

Od 6 roku życia szkoła początkowa (= powszechna), przez 8 lat, następnie 4-letnia szkoła (odpowiada liceum), przez 6-letnie studjum specjalne. Normalnie będzie można w 24 roku życia osiągnąć poświadczenie zawodowej kwalifikacji. — Te postanowienia wchodzą ostatecznie w życie w r. 1937.

Dokonano w Stanach Zjednoczonych wielkiego wysiłku, aby określić jako bezprawie ze strony lekarza dentysty ogłaszanie publiczne swojej wyższości zawodowej, swych honorarjów, że lekarz dokonuje bezpłatnych oględzin jamy ustnej, że operuje bez bolu, jak również wywieszanie swego nazwiska zbyt wielkiemi literami.

W odpowiedzi na te wysiłki wiele Stanów wydało odpowiednie ustawy, które niedawno temu zostały zatwierdzone wyrokami sądowemi. W kwietniu 1935 r., gdy jeden z dentystów, który zaczął się ogłaszać i odniósł się w tej sprawie aż do Najwyższego Trybunału Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych spotkał się z jednomyślną uchwałą zastosowania nowej ustawy.

W Stanie Illinois jedna z ustaw wyszczególnia nawet jak może dentysta wskazać swoje nazwisko na swych drzwiach lub szybie, i że litery jego nazwiska nie mogą przewyższać 7 cali. W tym samym Stanie wydano jedną

ustawę, która wymaga zarejestrowania wszystkich specjalistów dentystycznych, którzy nie mogą się ogłaszać jako tacy i określać się jakby jakie wytwórnie swojej specjalności, skoro poddali się oni specjalnemu egzaminowi. Najwyższy Trybunał uchwalił również zatwierdzenie tej ustawy.

AUSTRJA.

Zgłoszono 3 wielkie prace naukowe, które ukazały się tego roku.

1. Gottlieb & Urban: Zapalenie dziąseł — rozchwianie zęba.
2. B. Orban: Działanie formaliny na miazgę zębową.
3. R. Grohs: Zmiany tkanek pod całkowitą protezą.

Dr. Bauer'a powołano na dyrektora kliniki w Insbruku a drów Orbana i Steina zamianowano docentami we Wiedniu.

BELGJA.

Z okazji międzynarodowej wystawy w Brukseli odbył się tam 4. z rzędu bardzo ważny kongres narodowy. W kongresie wzięło udział ponad 300 uczestników ze wszystkich krajów a jako przedmiot sprawozdań obrano 5 zagadnień. 1) Nauka o wczesnem zapobieganiu. 2) Paradentoza. 3) Proteza częściowa i całkowita. 4) Elektroterapja w sztuce dentystycznej. 5) Organizacja dentystyki w kolonjach.

Wobec tego, że okres przejściowy dla reformy ustawy dentystycznej już upłynął; w przyszłości będzie się tworzyć tylko licenceatów nauk dentystycznych.

Otwarto uroczyście instytut Eastman'a w Brukseli w obecności króla i królowej Belgów, dnia 31. lipca 1935.

DANJA.

Działalność naukowa. Stowarzyszenie dentystyczne i „Arpa" duńska urządziły kursy dokształcające (post graduate courses) licznie uczęszczane przez dentystów. Na ostatniem rocznem posiedzeniu Stowarzyszenia omawiano głównie dwa tematy: „Leczenie dzieci i nauczanie dentystyczne".

Nowa ustawa społeczna wprowadzona w życie w 1914 r. obowiązuje, by każda osoba dorosła była członkiem kasy ubezpieczającej na wypadek choroby, sprawiła, że każdy z członków tej kasy, którego dochody i majątek nie przekroczyły pewnej kwoty, może zapewnić sobie bezpłatną opiekę lekarską i leczenie szpitalne. Dzięki tej ustawie liczba osób wpłacających swe składki ubezpieczeniowe poważnie wzrosła, nie pozwalając jednak wszystkim wpłacającym korzystać z kasy z powodu swojego majątku.

Kasy w Kopenhadze wprowadziły nową organizację leczenia dentystycznego dla swoich członków, mało korzystną dla dentystów.

Z powodu wielkich zubożeń uchwalono, że gminy nie będą ponosić kosztów leczenia zębów i w następstwie tego liczba biednych pacjentów, która jest ciężarem kas wzrosła ze 100 do 1000 w jednym roku tylko w samej Kopenhadze.

Przedłożono władzom rządowym sprawozdanie dotyczące rozwoju czynności techników dentystycznych, celem ograniczenia ich czynności wyłącznie do

zabiegów technicznych. To pozwoli zwalczać partactwo, które zaczyna się powiększać.

FINLANDJA.

Projekt nowej ustawy, którą Izba lekarska po dokonaniu nieznacznych zmian zatwierdziła ku zupełnemu zadowoleniu dentystów, został przyjęty uchwałą parlamentarną ubiegłej wiosny. (1935).

Prośba z jaką zwrócili się dentyści finlandzcy do Izby lekarskiej, aby uzyskać w niej swego przedstawiciela została załatwiona pomyślnie ubiegłej jesieni. (1934). Rola przedstawiciela będzie polegała na braniu udziału we wszystkich sprawach dotyczących sztuki dentystycznej. Delegatem do Izby lekarskiej jest Kol. Mr. Eero Tammisalo.

Stowarzyszenie dentystyczne finlandzkie ogłosiło sprawozdanie o swojej działalności za czas od 1924 r. do 1934 r. Sprawozdanie to wysłano do F. D. I.

Powołano do życia specjalny organ celem badania i szukania rozwiązania w sprawie położenia techników dentystycznych i urządzenia szkoły dla kształcenia techn. dentystycznych. W ten sposób jest nadzieja, że przyjdzie do ostatecznego postanowienia.

Kasa ubezpieczeniowa otrzymała dwa pokaźne zapisy w kwocie 102,000 Mrk. F. Jeden zapis pochodzi od składu dentystycznego A. B., drugi od firmy dentystycznej Autero Xellemaa.

Izba lekarska przyjęła regulamin wypracowany, celem regulowania położenia dentystów przydzielonych do gmin.

Stowarzyszenie dentystów liczy 543 członków, z których 205 wykonuje praktykę w Helsinkach.

Poniżej jest spis głównych sprawozdań przedłożonych Stowarzyszeniu dentystów finlandzkich w roku 1934.

1. Gunnar Siven: Sprawozdanie statystyczne lecznictwa zębów, dotyczące 3,000 pacjentów w praktyce prywatnej.
2. Erik Becker: Operacja Biehlmayera, ortodoncja.
3. Per von Bonsdorff: Matryca indywidualna na usługach zachowawczej sztuki dentystycznej.
4. Pekka Noronen: Mostki porcelanowe.
5. Lauri Jokinen: Ulepszenie leczenia Nomak'a dotyczące resekcji korzenia.
6. Süri Hülpuu: Zatykadło emaljowe.
7. Helge Sahlshïm: Przypadek zatrzymania zęba w zatoce Highmor'a.

FRANCJA.

Do prawa normującego ustawę dentystyczną wprowadzono kilka zmian. Na mocy ustawy z dnia 19. grudnia 1934 utworzono stopień dentysty kapitana w korpusie dentystów wojskowych w rezerwie, którzy dotychczas osiągali tylko stopień dentysty podporucznika i porucznika.

W armji morskiej (ustawa z grudnia 1933 r.) korpus dentystów oficerów rezerwy posiadał stopnie: naczelnego chirurga dentysty (co odpowiada kapitanowi korwety), chirurga dentysty pierwszej klasy (co odpowiada porucznikowi statku), chirurga dentysty drugiej klasy (co odpowiada chorążemu statku pierwszej klasy), chirurga dentysty trzeciej klasy (co odpowiada chorążemu statku drugiej klasy).

Mocą ustawy przyjętej dnia 28 czerwca 1935 r., zniesiono ustawę Ambruster z 21. kwietnia 1933 r. dotyczącą uporządkowania warunków uzyskiwania dyplomu państwowego chirurga dentysty oraz ustawę o wykonywaniu sztuki dentystycznej we Francji przez obcokrajowców, a mianowicie:

Wymaga się tych samych dokumentów ze studjów przygotowawczych od obcokrajowców, co od studentów francuskich przy zgłaszaniu o dyplom państwowy chirurga dentysty.

Niema żadnych zwolnień od czasu praktyki (stage), nauki szkolnej lub egzaminów.

Obowiązkowa przynależność państwowa (obywatelstwo) francuska, za wyjątkiem przynależnych do krajów, które na mocy umów dyplomatycznych udzielają na zasadzie wzajemności prawo praktyki obywatelom francuskim u siebie.

Praktycy obcokrajowi uprawnieni do wykonywania swego zawodu we Francji przed ogłoszeniem obecnej ustawy nie przestają korzystać z tego uprawnienia.

Specjalny przepis określa warunki przyjęcia do służby publicznej.

Działalność naukowa. Prócz zjazdów: „Journées de Paris" w XI. 1934 i „Semaine Odontologique" w IV. 1935, które rok rocznie dają wspaniałe wyniki, odbył się jubileusz 50-lecia założenia Towarzystwa odontologji „Société d'Odontologie de Paris", w którym wziął udział bardzo wielki zastęp kolegów francuskich i zagranicznych, ponadto uczczono całkiem osobliwie Georges Viau, założyciela Towarzystwa i Dra Maurice Roy, jako jego naukowego ożywiciela.

Z początkiem czerwca odbyło się VI dni pracy, odonto-stomatologicznej (Journées Odonto-Stomatologiques) miasta Lille, w czasie których nastąpiło uroczyste otwarcie nowego instytutu stomatologji wydziału lekarskiego miasta Lille.

Oddział odontologji, Stowarzyszenia francuskiego dla postępu naukowego, odbył z końcem lipca zebranie w Nantes, z pełnem powodzeniem.

Syndykat zawodowy francuski przeistoczył się w syndykaty departamentowe, łączące się z punktu widzenia narodowego w związek pod nazwą „Związek narodowy syndykatów dentystycznych".

HOLANDJA.

W sprawie organizacji pomocy lekarskiej kas chorych zawarto umowę ze Stowarzyszeniem lekarzy dentystów, celem uregulowania lecznictwa dentystycznego tych kas. Z tego wynika, że systematyczna i racjonalna pomoc będzie dana w sposób następujący:

a) Usunięcie bolu, (pierwsza pomoc, usunięcie zęba przypuszczalnie w znieczuleniu).

b) Usunięcie części uzębienia, których nie można zachować.

c) Czyszczenie jamy ustnej i wskazówki dla dalszej pielęgnacji jamy ustnej.

d) Uzupełnienie zębów przy pomocy pojedyńczych środków, (zamknięcie plastyczne ubytków), (leczenie kanałów korzeniowych, tylko w przypadkach wyjątkowych).

e) Przywrócenie czynności żucia przy pomocy protezy kauczukowej, albo ze stali nierdzewnej.

Pomoc wymieniona pod *b.* będzie udzieloną tylko wtedy, jeżeli uprzednio

udzielono pomoc wymienioną pod *a*. — pomoc wymieniona pod *d*. będzie udzielaną tylko po uprzedniem udzieleniu pomocy wymienionej pod *b*. — itd., przyczem obowiązuje chorego regularne jawienie się co 6 miesięcy u lekarza-dentysty do badania kontrolnego. Całokształt pomocy dentystycznej kontrolowany jest przez Stowarzyszenie lekarzy-dentystów, albo jeden z jego Komitetów.

Ponadto zastrzeżone jest, że ubezpieczonym przysługuje prawo albo tylko do leczenia zachowawczego, albo protetycznego (za wyjątkiem napraw) w czasie do 6 miesięcy po zaprzestaniu należenia do Kasy w charakterze członka.

Aby zwalczać nieprawne wykonywanie praktyki dentystycznej i stworzyć wzorowy regulamin dla czynności techników-dentystycznych, zawarto umowę zbiorową, która z całą dokładną drobiazgowością, ustala, że roboty techniczno-dentystyczne będą powierzane tylko członkom, Stowarzyszenia według stałego najniższego cennika. Oni są obowiązani czuwać, aby członkowie Stowarzyszenia albo ich pomocnicy pracujący w ich pracowniach, nie wykonali nieprawnie innych robót dentystycznych. Pomocnicy, opłacani za usługi u członków Stowarzyszenia, powinni podpisać deklarację, że nie oddadzą żadnej roboty w stanie wadliwym, pod rygorem natychmiastowego zwrotu.

Został przyjęty kodeks dentologji, w którym podane są szczegóły dotyczące godności zawodowej, do których członkowie powinni się stosować.

Przewidziano również naleganie na rząd, aby zaostrzyć środki dyscyplinarne wobec lekarzy-dentystów, którzy nie są członkami Stowarzyszenia, to jest aby zapobiec wszystkiemu, co mogłoby szkodzić zaufaniu, jakie publiczność powinna mieć do zawodu dentystycznego.

Aby udostępnić lecznictwo dentystyczne, w obecnych warunkach, tym wszystkim, którzy nie mogą opłacać za leczenie według taryf gabinetów prywatnych, powołano do życia organizację, która opiekę dentystyczną dla niezamożnych oprze na stałych honorarjach. Ceny te wejdą następnie w skład stałego regulaminu opłat dla kas chorych. Każdy dentysta, członek Stowarzyszenia holenderskiego, może w tej umowie brać udział.

W wielu gminach, gdzie służba opieki dentystycznej szkolnej jest zorganizowana, to wskutek istniejących, ciężkich warunków ekonomicznych idea ta byłaby uległa zupełnemu upadkowi. Aby temu upadkowi zapobiec zaleciło Stowarzyszenie, aby rodzice opodatkowali się w wysokości jednego florena rocznie. Za zupełnie zaś biednych będzie płacić Gmina. Zrozumienie rodziców dla idei opieki dentystycznej u młodzieży jest tak wielka, że zalecenie to miało dobry wynik i Opieka dentystyczna szkolna może być dalej prowadzona.

Tłum. *Dr. I. Pietrzycki.*

(Dalszy ciąg nastąpi).

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stom. Lwowskiej Izby Lek.**

Dr. Vratislav Bażant (Praha)

Instytut Eastmana w Brukseli.

Korespondencja z Brukseli do „Lidové Noviny".

W dniu 31 lipca 1935 został w Brukseli w sposób uroczysty w obecności króla i królowej (w międzyczasie zmarłej tragiczną śmiercią) otwarty Instytut Eastmana, poświęcony opiece nad uzębieniem młodzieży. Instytut ten jest podobny do analogicznych instytutów ufundowanych przez Georgea Eastmana w Londynie, Sztokholmie, w Rzymie. Fundator, właściciel światowej firmy „Kodak", był przeświadczony o tem, że ród ludzki jest zdolny do udoskonalenia: zarówno pod względem umysłowym, jak i pod względem fizycznym. O ile dzieła doskonalenia strony umysłowej może dokonać odpowiednie wychowanie, o tyle udoskonalenie fizyczne może być zdziałane przez higjenę a w pierwszym rzędzie przez higjenę jamy ustnej, rozpoczętą w jak najmłodszym wieku. Do tego celu służy też pierwszy wzorowy Instytut Eastmana wybudowany w Rochester N. Y., miejscowości, gdzie mieści się fabryka Kodak. Eastman wyszedł z założenia, że u ludzi odsetek jednostek dotkniętych próchnicą zębów zbliża się bardzo do 100. Dlatego dbałość o uzębienie należy do podstaw higjeny ludzkiej i dlatego poświęcił temu zagadnieniu wiele swego czasu i pieniędzy. Doświadczenia nabyte w Rochester zostały później zużytkowane przy budowach instytutów w Europie. Eastman przy całej swej wspaniałomyślności równocześnie był człowiekiem praktycznym: żądał, by gmina miasta, w którem miał Instytut stanąć, dała na ten cel kwotę równą kwocie przez niego ofiarowanej tj. 1,000.000 dolarów w złocie. W ten sposób zostały wybudowane instytuty w Londynie, Sztokholmie, Rzymie i ostatnio w Brukseli, którego otwarcie nastąpiło w trzy lata po śmierci ofiarodawcy. Doradcą Eastmana był Dr. H. J. Burkhart, który jest dyrektorem Instytutu Eastmana w Rochester. Jego rady i doświadczenia zostały zużytkowane przedewszystkiem przy budowie instytutu w Brukseli, którego projektodawcą i wykonawcą architektonicznym był inżynier Pollak. Instytut obejmuje oddział leczenia zachowawczego wyposażony w 26 kompletów „Unit", oddział ortodontyczny, o 6 krzesłach i oddział ekstrakcyjny zaopatrzony w najnowsze urządzenia sterylizacyjne i operacyjne; oddział ten posiada zaledwie dwa krzesła, co wskazuje, na to, że zadaniem instytutu jest przedewszystkiem leczenie zębów i chronienie ich przed ekstrakcją. Pozatem posiada instytut oddział roentgenologiczny, oddział chirurgiczny dla tonsillotomji i oddział kliniczny. Poczekalnie wyposaożne są tak, by wesoło oddziaływać na czekające dzieci: na ścianach obrazki ilustrujące bajki, a w klatkach żywe ptaszki. Instytut imponuje swym wyglądem o linjach prostych a wspaniałych na tle przepięknego parku Leopolda. W republice Czechosłowackiej zadanie pielęgnacji uzębienia młodzieży wzięła na siebie: „Społeczność pieczy o uzębienie młodzieży szkolnej". Niestety niema tyle pieniędzy co fundacja Eastmana i niema widoków, by wybudowała taki instytut jak Eastmana w Rzymie lub w Brukseli.

Tłum. *A.*

Starania delegata Polski do FDI o pozyskanie funduszów fundacji Eastmana dla Polski.

Prof. Cieszyński poczynił starania za pośrednictwem dra Burkharta, dyrektora Instytutu Eastmana w Rochester i zarazem głównego współ pracownika Eastmana przy tworzeniu analogicznych zakładów, ażeby mimo śmierci wielkiego filantropa pozyskać resztę funduszów na stworzenie analogicznego zakładu w Polsce. Plany utworzenia analogicznego zakładu z znacznie szerszym programem pracy a przeznaczonym również na wykształcenie specjalistów, zostały opracowane w obszernym memorjale i przedłożone przez polską delegację PKN-FDI w Brukseli. Niestety z tego źródła funduszów obecnie otrzymać już nie można jak wynika z listu dr. Burkharta do prof. Cieszyńskiego:

„Ogromnie mi było przykro po moim powrocie dowiedzieć się w rozmowie z wykonawcami spadku Eastmana, że nie ma już żadnych funduszów na prowadzenie nadal dzieła, któremu Eastman poświęcał tyle uwagi. Z nakazu sądu została fundacja rozwiązana, a cokolwiek pozostało, zostało rozdzielone zgodnie z wyrokiem sądu.

Naturalnie, byłoby mi ogromnie miło i nadzwyczaj byłbym zadowolony, gdybym miał możność zrobienia cośkolwiek we Lwowie dla Pana wobec olśniewającej wprost i bezprzykładnej pracy, której Pan dokonał w tak wielu latach, i w krótkiej drodze odpowiedzieć Panu na staranie Pana tak dobrze przemyślane.

Gdyby Eastman żył, jestem pewny, żeby się zainteresował niemi bardzo, i uczynił więcej jeszcze dla zagranicy, by pomóc dentystyce, aniżeli dotychczas...“.

(Wyciąg z listu dra. Burkharta do prof. Cieszyńskiego z 14/IX 1935).

Szczegółowe sprawozdanie z Dorocznego Zebrania F. D. I. w Brukseli zostanie umieszczone w następnym numerze.

Przyznanie międzynarodowej nagrody Millera prof. Cieszyńskiemu.

19. sierpnia 1935 Wydział Wykonawczy Międzynarodowego Związku dentystycznego (Fédération Dentaire Internationale) przyznał — na wniosek Jury — międzynarodową nagrodę Millera za działalność naukową prof. drowi Antoniemu Cieszyńskiemu ze Lwowa, prof. drowi Roy z Paryża i prof. drowi Gottliebowi z Wiednia. (Nazwiska odznaczonych podane są w kolejności zasług).

Nagroda ta przyznawana co pięć lat, składa się z medalu złotego i odsetek funduszu. Odznaczenie wręczone zostanie laureatom w roku następnym podczas Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego we Wiedniu.

Komunikat Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.

Zebranie Ogólne PKN FDI odbędzie się dnia 31. października 1935 r. (czwartek) o godzinie 16-ej w Warszawie, w lokalu, który później zostanie podany listownie wraz z dokładnym programem.

Na porządku dziennym znajdować się będą, prócz innych, następujące ważne sprawy:

1. Połączenie PKN FDI, Sekcji Polskiej ASI i Arpy Polskiej w jeden Związek, (sprawozdanie ze Zjazdu FDI w Brukseli i Zjazdu Arpa Internationale w Budapeszcie).

2. Propaganda 9. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego, mającego się odbyć we Wiedniu w czasie od 2—8. sierpnia 1936 r.

3. Ewentualne zaproszenie członków tego Kongresu do Polski na wycieczkę.

4. Zaproszenie FDI do Polski celem odbycia zebrania dorocznego w jednym z najbliższych lat.

5. Oznaczenie terminu wiosennego Walnego Zebrania PKN FDI celem opracowania wniosków na Zebranie FDI we Wiedniu w roku 1936.

Dr. Allerhand. Sekretarz

Prof. Cieszyński. Przewodniczący

UWAGA: Czas Zebrania został wybrany w przeddzień VII. Pol. Zjazdu stomatologicznego, na godzinę 16-tą, aby Kolegom zamiejscowym ewentualnie umożliwić korzystanie z komunikacji lotniczej, a Kolegom miejscowym pracę przez całe przedpołudnie.

Kalendarz Zjazdowy.

1935. **3—6. X. Berlin. VII. Niemiecki Zjazd lekarzy dentystów.** Głównym przedmiotem obrad jest protetyka i znawstwo materjałów.

1935. **1 — 3. listopada. Warszawa. VII. Polski Zjazd Stomatologiczny.** Przewodniczący Prof. Hilary Wilga. Sekretarz B. W. Zakrzewska. Adres Biura Zjazdowego: Warszawa, plac Małachowskiego 2. Akad. Stom. Klin. Dent. Zach. Komunikat I. Pol. Stom. 1934 str. 181, Komunikat II. str. 271. — Komunikat III. Pol. Stom. 1934 str. 316. — Komunikat IV str. 97.

1936. 2—8/VIII. *Wiedeń.* IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I. (prezes prof. Pichler, sekretarz dr. Gottlieb). Statut Kongresu ogłoszony będzie w następnym numerze. Organizacja Kongresu str. 95.

1937. Lwów. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

VII. Niemiecki Zjazd lekarzy dentyst. i 72 posiedzenie Niemieckiego towarzystwa dla leczenia zębów, jamy ustnej i szczęk.

VII. Niemiecki Zjazd lekarzy dentystów odbędzie się od 3—6. października 1935. Głównym przedmiotem obrad będzie protetyka i materjałoznawstwo. (Odczyty odbędą się w Langenbeck-Virchowhaus). Główny program obejmuje następujące główne referaty i demonstracje:

I. Referat główny: Anatomiczno-fizjoloficzne podstawy do częściowych dostawek i ich praktyczne znaczenie. — Koreferaty:

1. Przygotowanie częściowej protezy w zastosowaniu do pozostałego uzębienia.
2. Konstrukcja częściowych dostawek.
3. Wycisk dla częściowych dostawek przy uwzględnieniu właściwości pozostałego uzębienia.

II. Referat Główny: Anatomiczno-fizjologiczne podstawy całkowitej dostawki. — Koreferaty:
1. Praktyczne wyzyskanie anatomiczno-fizjologicznych warunków w bezzębnych szczękach dla wycisków.
2. Praktyczne wyzyskanie anatomiczno-fizjologicznych warunków dla ustalenia zgryzu we wzornikach.

III. Referat główny: Istota i cele materjałoznawstwa pod względem naukowo-dentystycznym. — Koreferaty:
1. Znaczenie nierdzewnej stali i jej zastosowanie do częściowej i całkowitej dostawki.
2. W sprawie nowych materjałów zastępczych złota i ich zastosowania.
3. Sztuczne żywice jako materjał protetyczny.

Praktyczne demonstracje z następujących dziedzin:
1. Korony pierścieniowe i bezpierścieniowe.
2. Mostki z uwzględnieniem keramiki.
3. Nowa metoda techniki keramicznej.
4. Technika ustalania rozchwianych zębów.
5. Nowe metody odlewania i obróbki stopów metalowych.
6. Demonstracja ogólno-technicznych postępów.

Ponadto odbędzie się szereg referatów z dziedziny ortodoncji, leczenia parodontozy i dentystyki zachowawczej.

Redakcja „Polskiej Stomatologji" i „Słowiańskiej Stomatologji" otrzymała specjalne zaproszenie z dołączeniem kart honorowych uczestnictwa. Ze Lwowa wezmą udział w Zjeździe prof. Cieszyński i dr. Tadeusz Owiński.

VII. Polski Zjazd Stomatologiczny 1—3 listopada 1935 r. w Warszawie.

ODEZWA

(VII Komunikat z dn. 15. VIII. 1935)[1]).

Obecnie coraz cięższe warunki bytu szerokich rzesz zawodowych wymagają bardziej niż kiedykolwiek zjednoczenia się w usilnej pracy ku poprawie bytu. Hasło zjednoczenia się podjął Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, dostosowując program swej działalności do wymogów praktyka.

VII Polski Zjazd Stomatologiczny odbędzie się w dniach 1—3 listopada 1935 r. w Warszawie.

Celem pobudzenia do wzięcia udziału w Zjeździe wszystkich zawodowo zainteresowanych, Komitet Organizacyjny nie poprzestaje na ogłaszaniu Komunikatów zjazdowych w prasie zawodowej, oraz rozrzuceniu swych pla-

---

[1]) Komunikat nadszedł po ukazaniu się ostatniego numeru.

cówek organizacyjnych po wszystkich większych ośrodkach Polski, ale zwraca się jeszcze do Szanownych Kolegów osobno, przedstawiając dotychczasowy zakres działań przygotowawczych.

Wybrane tematy główne obejmują najaktualniejsze zagadnienia praktyczne w następujących brzmieniach:

1. Organizacja szkolnej dentystyki, a walka z próchnicą.
2. Leczenie zębów mlecznych i stałych w okresie szkolnym.
3. Schorzenia w ustroju ludzkim na tle zębowem.
4. Oddziaływanie protez stałych (mostkowych) i ruchomych (płytkowych) na podłoże jamy ustnej.

Dotychczas wpłynęły do Komitetu zgłoszenia następujących referatów:

Na tematy główne:

1. Organizacja szkolnej dentystyki, a walka z próchnicą.
(Prof. Dr. H. Wilga — Warszawa).
2. Leczenie zębów w okresie szkolnym.
(Prof. Dr. H. Wilga — Warszawa).
3. Leczenie zębów u dzieci w okresie przedszkolnym.
(Prof. Dr. H. Wilga — Warszawa).
4. Usunięcie miazgi z zębów mlecznych nie wpływa na normalne rozessanie się ich korzeni.
(Prof. Dr. H. Wilga — Warszawa).
5. Profilaktyka ortodontyczna w uzębieniu mlecznem.
(Lek.-det. A. Grzybowska — Warszawa).
6. Próchnica zębów u młodzieży w wieku szkolnym i jej leczenie.
Lek.-dent. J. Ligęza — Inowrocław).
7. Dentystyka szkolna w kraju i projekt jej usprawnienia.
(Dr. med. J. Sadokierski — Łódź).
8. Leczenie zębów mlecznych.
(Lek.-dent. L. Winnykamień — Łódź).
9. Wpływ schorzeń zębowych na ustrój ludzki.
(Prof. Dr. A. Meissner — Warszawa).
10. Podłoże jako wskazanie szkieletowania protez.
(Lek.-det. J. Galasińska-Ladsbergowa — Warszawa).
11. Wpływ protez metalowych, pierścieniowych na zmiany tkanek okołozębowych.
(Lek.-dent. J. Galasińska-Landsbergowa — Warszawa).
12. Uzupełnienie braków podłoża zapomocą protez chirurgicznych.
(Lek.-dent. O. Darewska-Lubczyńska — Warszawa).

Na tematy wolne:

13. Rola fosforu, wapna i witamin w zębolecznictwie.
(Dr. med. Fr. Siennicki — Warszawa).
14. Czynnik antropologiczny w zagadnieniach stomatologicznych.
(Dr. fil. S. Czortkower — Lwów).
15. Srebro koloidalne w stomatologji.
(Doc. Dr. med. K. Szepelski — Warszawa).
16. Morfologja i patologja zatoki szczękowej.
(Dr. med. E. Mancewicz — Wilno).

Oprócz tego wpłynęło do Komitetu kilkanaście zgłoszeń, zastrzegających sobie jeszcze chwilowo tytuły referatów.

Równocześnie z referatową częścią, Komitet zorganizował pokazy praktyczne zarówno kliniczne, jak i fantomowe oraz krótkie kilkudniowe kursy dokształcające. W wyniku tego Kliniki Akademji Stomatologicznej zgodziły się na zorganizowanie pokazów praktycznych w czasie Zjazdu, oraz krótkich kursów dokształcających z różnych działów Stomatologji.

Ze Lwowa.

Ponadto zgłoszono po 15. VII. następujące wykłady i demonstracje:

I. Z zagadnień statycznej budowy czaszki.

1. Czy wczesne wyjęcie zawiązków drugiego i trzeciego dolnego zęba trzonowego przy progencji jest wskazane? *)
(Prof. dr. A. Cieszyński — Lwów).
2. Płaszczyzna zgryzowa w różnym wieku na podstawie badań statycznych *).
(Prof. dr. A. Cieszyński — Lwów).
3. Próba wytłumaczenia kształtu zębów, ze stanowiska statyki.
(Prof. dr. A. Cieszyński — Lwów).

Na tematy wolne:

4. Wyniki ankiety przeprowadzonej zagranicą w sprawie studjum stomatologicznego.
(Prof. dr. A. Cieszyński — Lwów).
5. Zdjęcia stawu żuchwowego przy pomocy czapki do nastawiania Cieszyńskiego (z demonstracją praktyczną) *).
(Prof. dr. A. Cieszyński — Lwów).
6. Polokaina w stomatologji, badania kliniczne i eksperymentalne.
(Dr. M. Jankowski — Lwów).
7. Protetyka a nowotwory złośliwe jamy ustnej ze szczególnem uwzględnieniem statystyki polskiej.
(Dr. T. Owiński — Lwów).
8. Środki ochraniające wypełnienia sylikatowe przed przebarwieniem ze szczególnem uwzględnieniem preparatu „Durosime".
(Dr. M. Owińska — Lwów).
9. Demonstracja modeli zębów spreparowanych pod korony częściowe różnych systemów.
(Dr. M. Owińska — Lwów).
10. Czynnik antropologiczny w zagadnieniach stomatologicznych.
(Dr. S. Czortkower — Lwów).
11. O organizacji pomocy dentystycznej szkolnej *(do tematu głównego)*
(Dr. W. Szafran — Lwów).
12. Obecny stan pomocy dentystycznej Ubezpieczalni Społecznej.
(Dr. W. Szafran — Lwów).
13. Z teoretycznych zagadnień o budowie mostków (z pokazami tablic).
(Dr. W. Szafran — Lwów).

---

*) Z pokazami episkopem.

14. Z teoretycznych rozważań nad uchwytem zasuwkowym protez częściowych (z pokazami tablic).
    (Dr. W. Szafran — Lwów).
15. Sprawozdanie ze zjazdów zagranicznych w ostatnim roku i wnioski do urzeczywistnienia na terenie polskim.
    (Dr. H. Allerhand — Lwów).
16. Leczenie głębokiej próchnicy tiranalem.
    (Dr. H. Gorczyński — Lwów).

Zgłoszono następujące pokazy:

I. Klinika dentystyki zachowawczej:

1. Roentgen: pokazy i technika zdjęć, oraz odczytywanie filmów (rozpoznanie).
2. Fantomy ogólne.
3. Porcelanowe plomby wypalane.
5. Plomby złote kute.

II. Klinika chirurgji stomatologicznej:

1. Ekstrakcje zębów przy chwycie kleszczy z góry.
2. Znieczulenie lokalne i przewodowe.
3. Resekcje wierzchołka korzeni.
4. Operacje torbieli.
5. Dłutowanie korzeni i inne mniejsze zabiegi.
6. Leczenie paradontozy, ujęte w świetle mechanicznego obrażenia.
7. Roentgeny intra-extraoralne-rozpoznanie.

III. Klinika protetyki dentystycznej:

Pokazy kliniczne.

1. Wycisk czynnościowy (Lek.-dent. J. Galasińska-Landsbergowa).
2. Korona czynnościowa. (Lek.-dent. K. Grodner).
3. Odbudowa korony zniszczonej. (Lek.-dent. J. Morawski).
4. Przygotowanie filaru pod koronę pochewkową. (Lek.-dent. O. Darewska-Lubczyńska).

Pokazy fantomowe: (Lek.-dent.: M. Wesołowska i Rutkowska).

1. Most składany: wkład we wkładzie, wkład w koronie.
2. Korona schodkowa.
3. Klamry lane, rysownica.
4. Protezy szkieletowe.
5. Egzaminacyjne prace studenckie.
6. Fantomy poszczególnych prac.

IV. Klinika ortodontyczna:

Standaryzowane aparaty regularyjne, ujęte według typowych grup nieprawidłowych. (Lek.-dent.: A. Grzybowska, H. Krzywicka-Krajewska i H. Kondratówna).

Termin zgłoszenia referatów na tematy główne już upłynął.

Prosimy o nadesłanie krótkich streszczeń referatów na tematy główne oraz wolne na pół do jednej strony druku, ażeby streszczenia te mogły być pomieszczone w oficjalnym programie Zjazdu.

Przy zgłoszeniu tematu należy podać, czy będzie potrzebny aparat projekcyjny lub episkop (przyczem należy podać wymiary przeźroczy).

Organizacja pokazów umożliwi uczestnikom nietylko bierne przyglądanie się, ale czynną współpracę w wykonaniu odnośnych zabiegów i należyte ich wyuczenie się. Uzupełnieniem pokazów będą trzydniowe kursy dokształcające teoretyczne i praktyczne, urządzone przez Kierowników Klinik Akademji Stomatologicznej za niską 10 zł. opłatą.

W ramach programu zjazdowego zostaną poruszone również i sprawy zawodowe: stworzenie Izb Stomatologicznych (Dentystycznych), walka z partactwem itp.

Komitet Organizacyjny, uwzględniając ciężkie warunki ekonomiczne zawodu, ustalił opłaty zjazdowe niskie po 15 zł. od uczestników i po 10 zł. od osób towarzyszących. Równocześnie komisja gospodarcza Zjazdu uzyskała zniżki kolejowe, jako też hotelowe i restauracyjne oraz przygotowała tanie mieszkania, bogaty dział rozrywkowy i wycieczkowy.

Prace przygotowawcze do Zjazdu obejmują również urządzenie wystawy przemysłowej, co pozwoli uczestnikom zapoznać się bliżej z postępami wytwórczości krajowej i zagranicznej w zakresie materjałów dentystycznych, instrumentarjum i nowoczesnych urządzeń.

Szeroki zakres programu zjazdowego będzie mógł być zrealizowanym jedynie przy jaknajliczniejszem poparciu dążeń organizatorów przez Szan. Koleżanki i Szan. Kolegów.

Komitet Organizacyjny zwraca się zatem do Szan. Koleżanek-ów z gorącym apelem o uczestnictwo w Zjeździe i przyjęcie współudziału w wykładach i pokazach praktycznych nietylko osobiście, ale rozwinięcie szerokiej propagandy zjazdowej w kołach znajomych Koleżanek i Kolegów.

Czynny udział w Zjeździe, to cegiełka wznosząca polską wiedzę stomatologiczną.

Hasło ogólne zawodowe: Stawmy się wszyscy w Warszawie na listopadowym VII Polskim Zjeździe Stomatologicznym.

Liczny udział w Zjeździe będzie wyrazem potęgi zawodowej i da rękojmię doniosłości obradom i uchwałom, powziętym na Zjeździe, a zarazem będzie świadectwem zainteresowania Ogółu zagadnieniami nauki i praktyki.

Udany VII Polski Zjazd Stomatologiczny — to dowód naszego wyrobienia społeczno-zawodowego.

(—) Prof. Dr. H. Wilga
Przewodniczący VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego
oraz Komitetu Organizacyjnego

(—) B. W. Zakrzewska
Sekretarz

Ruch w Towarzystwach.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

IV. Zebranie naukowe w r. uniwersyteckim 1934/35, dnia 15. VI. 1935, o godz. 20. w Klinice Stomatologicznej Uniw. J. K.

Pokazy kliniczne:

1. (*Przypadek 76*). **Prof. Cieszyński. Ciężki przebieg ropowicy szczękowej od |8 z arozją naczyń.** (Nr. klin. 5667/35).

Chory zgłosił się z bólem w okolicy kąta żuchwy przy szczękościsku na palec. Stwierdzono ropienie torebki dziąsłowej od -8. Gdy pomimo setonu i nagrzania dnia następnego nie było poprawy, przystąpiono w uśpieniu eterowem do usunięcia -8 i zębodół wyłyżeczkowano. Rg. kontrolny wykazał dośrodkową część korzenia tkwiącą jeszcze w zębodole.

Ponieważ chory nie zgodził się na usunięcie pozostałego korzenia (rewers podpisany), zastosowano leczenie z przepłukiwaniami, setonowaniem, kwaśnemi okładami i wstrzyknięto serję omnadyn. — W ten sposób leczono chorego przez 5 dni z tem, że stan chorego nie poprawiał się, a chory uparcie nie zgadzał się na zabieg. Dopiero w 5-tym dniu, gdy nastąpiły trudności w połykaniu i chory zgodził się na dokonanie zabiegu, usunięto w uśpieniu eterowem przy użyciu rozwieracza mezjalny korzeń dźwignią Barry'ego, wyłyżeczkowano, założono tampon i kwaśny okład. Ponieważ obfite ropienie z zębodołu występowało, a w okolicy podszczękowej kąta żuchwy doszło do nacieku przy ogólnem złem samopoczuciu chorego, przystąpiono do ponownej operacji. W uśpieniu eterowem nacięto w tylnym odcinku okolicy podszczękowej lewej i założono trzy dreny. Seton — kwaśny okład. — Następnie leczono chorego zmieniając setony i przestrzykując ranę, z której wydobywała się obficie ropa ze strzępami powięzi. — 14. dnia po zabiegu operacyjnym, gdy stan chorego — przedtem bardzo ciężki — znacznie się poprawił, nastąpiło przy zmianie setonu lekkie krwawienie. Dnia następnego nastąpiło obfite t ę t n i c z e k r w a w i e n i e. Dla zatamowania krwotoku musiano nacisnąć c a r o t i s c o m m u n i s przyczem nastąpił silny zapad spowodu anemji mózgu. Osłabiona akcja serca b r a d y k a r d i a — poprawiła się po zastrzyknięciu 6 cm^2 coraminy i 2 lobeliny. Po kilku minutach ucisku, gdy krwawienie nie powracało i stan chorego poprawił się, pozostawiono ranę poprzednio lekko zatamponowaną na kilka dni nietkniętą.

Znamiennem dla tego przypadku była bardzo zjadliwa flora bakteryjna (b. fusiformis, staph. albus, bact. proteus, strept. anhaemol. — (grzybków nie stwierdzono), która atakowała nawet powięzie wychodzące przy zmianie opatrunku strzępkami i która strawiła ścianę tętnicy tak, że doszło do krwawienia z art. max. interna.

2. *(Przypadek 77)*. **Prof. Cieszyński. Ostitis szczęki górnej prawej w okolicy zębów** 3+ 2+ 1+ (Nr. klin. 6945/35), chora podaje, że po wypełnieniu 1+, leczyła ząb ten przez dłuższy czas i miała znaczne dolegliwości spowodu tego zęba, które nie ustępowały mimo leczenia. Z tem zgłasza się chora do Kliniki. Przy temperaturze prawidłowej stwierdza się nad 3+ 2+ 1+ +2 przetoki, z których po naciśnięciu wydobywa się ropa. Roentgenologicznie

zmiany nad 2+ 1+ +2. Zęby przetrepanowano i wypełniono. W znieczuleniu, przerywającem przewodnictwo nerwu podoczodołowego, wycięto przednią ścianę wyrostka zębodołowego i resekowano chore korzenie, a chory szpik kostny wyłyżeczkowano. W danym przypadku leczony był w początkach choroby ząb, który leczący i pacjentka uważali za przyczynę, a którego leczenie zachowawcze nie mogło wpłynąć na poprawę stanu chorobowego.

3. *(Przypadek 78).* **Dr. Jankowski M. Dwa kły zatrzymane dolne. Ostitis chronica** od zatrzymanego -3 z przetoką bródkową. (Nr. klin. 6959/35). Chora przed 5-cioma miesiącami zauważyła obustronny obrzęk w okolicy podbródkowej i wytworzenie się przetoki podbródkowej po stronie lewej. Równocześnie spostrzegła wypuklenie w przedsionku jamy ustnej na przednim odcinku żuchwy. Obrzęk rozszerzał się na okolicę podszczękową, szyjną i nadobojczykową. Z tem zgłosiła się pacjentka do kliniki.

W znieczuleniu przewodowem po usunięciu blaszki kostnej od strony przedsionka, pokrywającej zakrywane kły usunięto je i wyłyżeczkowano przetokę.

Wydłutowanie zatrzymanych kłów dolnych napotyka zazwyczaj na większe trudności, albowiem położone są między twardemi blaszkami istoty zbitej a nie są otoczone wszechstronnie istotą gąbczastą. Z tego powodu podczas wydłutowania istoty zbitej odpryskuje często szkliwo i kruszy się ząb. Do pewnego stopnia zapobiegamy temu przez wycinanie istoty zbitej piłką okrężną albo przez nawiercanie jej poprzednio na granicy wydłutowania otworami stosunkowo blisko siebie stojącemi, które się łączy z sobą wiertłem szczelinowem.

4. *(Przypadek 79).* **Dr. Jankowski M. Przypadek torbieli w szczęce lewej górnej** (Nr. klin. 6634/35). Przed 3-ma tygodniami usunięto choremu ząb + 7. Do Kliniki zgłasza się chory spowodu sączenia z zębodołu. Stwierdzono wielką torbiel w jamie szczękowej niewyczuwalną przez obmacywanie ani ze strony przedsionka ani ze strony podniebienia. Na roentgenogramie stwierdza się zaciemnienie lewej jamy szczękowej. Przez otwór, w który wprowadzono sondę, przez zębodół sączy się płyn bursztynowy, brudny.

W znieczuleniu do foramen rotundum via supra-zygomatica i miejscowem celem uzyskania anemji wykonano zabieg wchodząc od fossa canina.

Następnie mówił kol. **Owiński T.** O swoich wrażeniach z międzynarodowego kongresu w Bolonji oraz z wystawy urządzonej podczas kongresu.

Referent wskazał na znaczenie nauki polskiej i polskich związków zawodowych na kongresach międzynarodowych. Opisał następnie jak gościnnie i z jaką sympatją był delegat polski prof. Cieszyński przyjmowany na forum międzynarodowem. Poczem streścił ciekawsze demonstracje i wykłady z dziedziny protetyki i ceramiki dentystycznej, ilustrując wykład wyświetleniami szeregu rycin.

W związku z omówionemi tematami wywiązała się żywa dyskusja na temat protez szkieletowych. Głos zabierali kol. Berger, Katzner, Jankowski, Cieszyński oraz prelegent.

Dr. **Marja Owińska** referowała o ciekawszych demonstracjach z dentystyki zachowawczej, między innemi omawiała me-

todę i aparat do przepłukiwania przewodów zębowych Seidnera jakoteż biologiczną metodę leczenia chorej miazgi przy pomocy bacillus acidophilus oraz ciekawsze wykłady z tej samej dziedziny.

Prof. Cieszyński zaproponował, ażeby jego wykład odroczyć spowodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Dr. T. Owiński
sekretarz.

Towarzystwo stomatologiczne Paryża.

Posiedzenie z 19 marca 1935, pod przewodnictwem Dra Blocha.

Drowie Réné Vincent i Reznick przedstawiają chorą dotkniętą wypryskiem **wypryskiem opornym** a wyleczną przez stosowanie autowakcyny, która pochodziła z tego samego szczepu, wyhodowanego z kultury uzyskanej z krwi dziąseł.

Chodzi tu o kobietę lat 51, dotkniętą **bizmutowem zapaleniem dziąseł,** która pozatem dotknięta była ropotokiem, stojącym w związku z dawno przebytą przewlekłą postacią nieżytu jelita grubego. Z drugiej strony chora ta posiadała wyprysk pęcherzowy, sączący, rąk, przedramion i po stronie zewnętrznej ud. Wyprysk ten oporny był na wszelkie leczenia. Hodowla wykonana z krwi dziąseł dała koki jelitowe w czystej kulturze. Z hodowli tej sporządzono autowakcynę. Po trzecim zastrzyku wyprysk ustąpił na stałe. Wtymsamym czasie stan jelit się poprawił, a ropotok, zapalenie dziąseł i jego uszkodzenia, ustąpiły w 15 dniach bez jakiegokolwiek leczenia miescowego.

Dr. Ackermann (Genewa) przedstawia poważną pracę na temat: **„odmiany miejscowe, a proksymalne i ogólne w przypadkach normalnego zgryzu zębowego“.**

Drowie Dechaume, Bertrand i Cauhepé zdają sprawę ze swoich spostrzeżeń **powikłania kostnego pochodzenia zębowego u syfilityków.**

Wiadomości bieżące.

Egzaminy w Akademji Stomatologicznej.

Egzamin kwalifikacyjny, dla dandydatów ubiegających się o przyjęcie na studja do Akademji Stomatologicznej w Warszawie, odbył się we wtorek dnia 24 września r. b. o godz. 8 rano w Anatomicum, ul. Chałubińskiego 5.

Warszawa w hołdzie Marji Skłodowskiej-Curie.

5. września nastąpiło przemianowanie placu przed Instytutem radowym w Warszawie przy ul. Wawelskiej na „Plac imienia Marji Skłodowskiej-Curie“ oraz odsłonięcie jej pomnika. Przemówienie wygłosił Rektor uniwersytetu warszawskiego prof. Pieńkowski, który powiedział między innemi: „Towarzystwo Instytutu Radowego istotnie wszystko zawdzięcza wielkiej uczonej: myśl zasadniczą, możność realizacji swych celów, treść istotną życia wewnętrznego i rozwoju Instytutu Radowego. — Dziś, gdy widzimy tu obok w gmachu Instytutu Radowego powstałego jako dar narodowy dla Marji Skłodowskiej Curie, uskuteczniana lwią część ich zamierzeń, jakże jasno występuje prawda oczywista, iż jest to raczej dar imienia M. Skłodowskiej-Curie dla narodu“.

Nowe pismo zawodowe.

Wyszedł nr. 1. i 2. „Dwumiesięcznika stomatologicznego“ za maj—czerwiec i lipiec—sierpień w Warszawie, pod naczelną redakcją lekarza-dentysty Juljusza Konstantina. Redaktorem odpowiedzialnym za dział naukowy jest doc. dr. med. i lek. dent. Konrad Szepelski. Pismo jest organem Zrzeszenia Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Między autorami artykułów oryginalnych o znanych nazwiskach spotykamy w nr. 1. i 2. tylko nazwisko prof. Meissnera; jako współpracownicy tegoż działu figurują: Lekarze dent.: Krzywicki, Kłoskowska-Weinroch, Szaniawska, Rubinsztejn, Danek, Finkelkraut-Frankenberg, Szwarc-Gligsberg.

W odezwie do koleżanek i kolegów na str. 6. nr. 1. czytamy: „Wielorakie i nowe zagadnienia, które wyłoniły się przed Zrzeszeniem Absolwentów P. I. D., i które poza tematami naukowemi i sprawami zawodowemi interesującemi ogół lekarzy-dentystów dotyczą żywotnych spraw Zrzeszenia Absolwentów P. I. P. — skłoniły nas do wydawania własnego organu“.

Chodzi Zrzeszeniu o zachowanie stałego i najwyższego naukowego kontaktu z Uczelnią tj. dawniejszym Państwowym Instytutem Dentystycznym, o zabieganie o tytuł „doktora stomatologji“, o utworzenie Izby lekarsko-dentystycznej dla obrony interesów zawodowych i zwalczania partactwa.

Co dotyczy celów samych, to nie różnią się one od celów organów już istniejących na terenie Warszawy z wyjątkiem tego, że inne starały się dotychczas o tytuł doktora nauk dentystycznych, pismo zaś nowe, zabiega o tytuł „doktora stomatologji“, rzekomo przyznany ustawą o szkołach akademickich. Jest tutaj pewne nieporozumienie, co do którego warto rozpocząć zasadniczą dyskusję. Trudno domagać się dla absolwentów P. I. D. doktoratu stomatologji, jeżeli ku temu brak wszelkich podstaw formalnych i merytorycznych. Co innego, gdyby chodziło o stworzenie warunków dla uzyskania tytułu doktora nauk dentystycznych.

Pochwalamy bardzo, że w młodem pokoleniu lekarzy-dentystów istnieje przekonanie, że dentystyka powinna się rozwijać w kierunku stomatologicznym; wynika to z tytułu pisma: „Dwumiesięcznik Stomatologiczny“, to znaczy, młodemu pokoleniu zależy na pogłębieniu nauk lekarskich, na których to dopiero może się opierać specjalizacja w dentystyce.

Jak już kilkakrotnie redakcja „Polskiej Stomatologji“ zaznaczyła, stomatologja rozpoczyna się tam, gdzie istnieją jako podstawy pełne studja lekarskie. I od tego powinien był zacząć Państwowy Instytut Dentystyczny swoje reformy już przed 3 laty tj. od zasadniczej zmiany programu Studjów i od żądania pełnych studjów lekarskich, jako kwalifikacji, uprawniającej do studjów w nowo zorganizowanym Instytucie, zanim poczynił starania o zmianę nazwy na Akademję „Stomatologiczną“, ażeby nie nazwa ale treść wewnętrzna stanowiła o charakterze uczelni.

Na tem głębokiem nieporozumieniu opiera się ufundowanie „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“, na którego czele stoi naczelny redaktor nie stomatolog ale lekarz dentysta ze studjami dentystycznemi zamiast 7—8-mio letniemi, studjami stomatologicznemi.

Nie wątpimy bynajmniej w dobre chęci redakcji, ale przypuszczamy, że miejsce naczelnego redaktora powinno być zarezerwowane wyłącznie dla stoma-

tologa, a nie tylko „odpowiedzialność za dział naukowy". Z takim podziałem funkcji nie spotykaliśmy się dotychczas w redakcjach pism naukowych stomatologicznych, gdyż samo przez się rozumie, że redaktor działu naukowego jest odpowiedzialny za p o z i o m artykułów naukowych. Odpowiedzialność zaś za t r e ś ć artykułów naukowych jako takich nie spada na redaktora, tylko na a u t o r a samego, którego pracę redakcja pisma może przyjąć lub nie — z tych lub innych powodów. Odpowiedzialność prawna dotyczy przeważnie działu anonsowego, kroniki i działu zawodowego, a tę odpowiedzialność może bez kolizji ze stomatologją objąć obecny naczelny redaktor pisma. Że niektóre znane zasady nie zostały przestrzegane przy wydaniu pierwszego numeru, wytłumaczyć można małem doświadczeniem redakcji, pełnej dobrych chęci i zapału. Tutaj tylko zaznaczamy, że uważać należy za nietakt wobec autorów artykułów oryginalnych jeżeli w „Treśei numeru" podaje redakcja nazwisko referenta streszczenia lub sprawozdania a nie nazwisko autora, drukiem odmiennym i na czele tytułu. Referent dlatego tylko podpisuje swoje nazwisko pod referat lub streszczenie, żeby czytelnik wiedział, czy może mieć zaufanie do sprawozdawcy, i ażeby autor artykułu oryginalnego miał regres w razie nieścisłości sprawozdawcy. Reszta zasług referenta jest tak minimalna, że może wystarczyć inicjał nazwiska albo symbol rozpoznawczy dla użytku redakcji. Drugi numer tego kardynalnego błędu redakcyjnego już nie zawiera. Wspomnieć należy, że do obowiązków redakcji należy dopilnowanie autorów oryginalnych artykułów, ażeby nie podawali za własne pomysły rzeczy znanych i podanych już przez innych autorów bez zacytowania źródła i nazwiska autorów oryginalnych. W szczegóły nie wnikamy na tem miejscu, bo redaktor działu naukowego jest dobrze obeznany z piśmiennictwem; będzie mógł, jeżeli będzie chciał z tych uprawnień swoich skorzystać. Tylko w ten sposób można zagwarantować prawa autorskie i zapobiec niemiłej polemice.

Tyle uwag nasunęło się nam tylko przy pobieżnych oględzinach nowego pisma. Uwagi te podajemy tylko z życzliwości, ażeby uświadomić młodszych Kolegów co do rozdziału kompetencji redakcji. — Cieszymy się bardzo, że nowe pismo stanowić będzie bodziec dla kolegów warszawskich do referowania istniejącego piśmiennictwa naukowego, oraz bodziec do wydatnego uruchomienia warsztatu pracy przy Akademji Stomatologicznej, dla której absolwenci stworzyli pismo, ażeby móc utrzymywać „stały i najżywszy naukowy kontakt".

Nowemu pismu „Szczęść Boże!".

Cieszyński

Złote zęby za podatki.

Jak donoszono, w jednem z miast prowincjonalnych inżynier N. zamówił złoty mostek u lekarza dentysty i dostarczył lekarzowi na ten cel odpowiedniej ilości złota. Egzekutor skarbowy, zajmując dentyście rzeczy za niezapłacone podatki, zaaresztował również przygotowany dla pacjenta złoty mostek. Dentysta odwołał się do władz skarbowych, dowodząc, że sekwestrator postąpił bezprawnie, bowiem mostek jest własnością pacjenta. W dodatku pozbawienie pacjenta protezy przynosi poważny uszczerbek jego zdrowiu. Sprawa oparła się o ministerstwo skarbu, które niebawem zapewne wyda w tej sprawie orzeczenie.

Dział sprawozdań i streszczeń.

M. W. Paradoksow, Przyczynek do etjologji i leczenia ropotoku zębodołowego. Klin. Stom. Państw. Instytut. Azji Środkowej. (Sowietskaja Stomatologja 1933).

Autor miał w swojej opiece 95 chorych na ropotok zębodołowy. Obserwacje trwały 6 lat (1924—1929). U 30 chorych zbadano florę jamy ustnej i ropy. Badania nie stwierdziły żadnych odchyleń od normy. W pobranych próbach krwi obok zmniejszenia ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny wykazano nieznaczną leukocytozę.

Według autora istotą schorzenia jest sprawa ogólna, prowadząca do lokalnego obniżenia odporności tkanek, w rezultacie normalna flora jamy ustnej staje się dla małoodpornych tkanek mniej lub bardziej chorobotwórczą. W dalszym ciągu prowadzi do przewlekłej sprawy zapalnej o charakterze pierwotnym. Wniosek ten autor uzasadnia zmianami krwi przyczem stwierdzając niekiedy i leukocytozę.

Leczenie ropotoku powinno zmierzać w 2 kierunkach: 1) miejscowe uodpornianie tkanek, 2) stworzenie pomyślnych warunków lokalnych, przy których flora jamy ustnej straci chorobotwórczy charakter. Uodpornianie tkanek ogólne i miejscowe przeprowadza się przez naświetlanie lampą kwarcową i wakcynoterapją (autowakcyna w dawkach 100 mln, 500 mln, i 1 mlrd):

100 mln = 100 miljonów (bakteryj),
1 mlrd = 1 miljard (bakteryj).

Wakcynę wstrzykiwano podskórnie 2 razy tygodniowo, począwszy od:

100 mln 4 injekcje,
500 mln 6 injekcyj,
1000 mlrd — injekcyj.
Ilość zastrzyków: 20 — 40 — 100.

Leczenie miejscowe obejmowało: usunięcie kamienia nazębnego, ustalenie zębów rozchwianych, pędzlowanie i przemywanie kieszonek dziąsłowych i dziąseł i wreszcie leczenie chirurgiczne, metodą Neumana z pewną modyfikacją. Do przepłukiwania kieszonek autor stosował 10% kwas chromowy i mlekowy. Silniejsze stężenie dawało niejednokrotnie zaostrzenie stanu zapalnego i oparzenia. Również ujemnie na przebieg leczenia wpływało pędzlowanie lapisem i jodyną. Pozatem do smarowania i do płukania dziąseł stosowano 10% rozczyn ipekakuany (Mitrofanowa). W postaci płukania zalecano również: 1) 1% rozczyn taniny z 2% kwasem bornym w równych częściach i 2) t-ra myrrhae, ratanhiae, gallarum i menthae. Poza temi środkami stosowano preparaty salwarsanu.

Autor stwierdza, że opisane wyżej metody prowadzą do wyleczenia jedynie w pierwszym okresie choroby, tj. przy uszkodzeniu tkanek miękkich i nieznacznym rozwoju ziarniny.

Gdy sprawa przenosi się na wyrostek zębodołowy, a proces granulacyjny postępuje wgłąb leczenie zachowawcze jest bezskuteczne — interwencja chirurgiczna jest konieczna. Operację autor przeprowadza zmodyfikowanym sposobem Neumana. Modyfikacja polega na tem, że nie odcinano brodawkowego brzegu błony śluzowej, ale na całej długości odwarstwiano błonę śluzową i usuwano ziarninę, zwłaszcza dokładnie między korzeniem i zębodołem. Brzegi kostne wygładzono. Odchylony płat błony śluzowej od strony wewnętrznej oczyszczano. Po ukończeniu zabiegu śluzówkę przyszywano spowrotem.

*

Z ortodontycznych zabiegów autor wymienia ustalenie rozchwianych zębów za pomocą ligatury w kształcie 8, szyny do zdejmowania, korony i specjalnie przygotowane protezy kauczukowe.

Na podstawie tych obserwacyj autor dochodzi do wniosku, że operacja przeprowadzona we wczesnym okresie choroby może dać pomyślny wynik, natomiast w późniejszych okresach jest bezskuteczna.

Wacław Rubinsztejn — Abs. Akad. Stom.

Prof Robert P. Dressel, D. D. S., Cleveland, Ohio. Principles of fixed- bridge constructions (Zasady konstrukcji mostków stałych), DENTAL COSMOS 1930, str. 565.

Chodzi o typ filarów, uwzględniający 1) zachowanie żywotności miazgi, 2) estetykę, 3) retencję, 4) najmniejsze niszczenie struktury zębowej.

Przygotowanie zęba do tych koron dzieli autor na 7 faz:

I. Spiłowanie dośrodkowe i odśrodkowe wykonuje się krążkiem metalowym jednostronnym lub karbowanym, równolegle z osią podłużną zęba i zbieżnie ku językowi, z dwóch przyczyn: 1) ażeby te boczne ociosania zęba łączyły się z usunięciem linguocingulum, czyli guzka językowego, a powtóre, ażeby po bokach jak najmniej było widoczne złoto, bo kończy się to ociosanie patrząc ze strony wargowej dokładnie po tylnej stronie punktu stycznego.

II. faza — to jest usunięcie językowej powierzchni dokonuje się zmontowanym kamyczkiem Chayesa nr. 4, 5 lub 6.

Zaczyna się od wysokości guzka językowego a kończy się na ostrzu zęba spiłowując $^1/_4$ do $^1/_2$ mm substancji zębowej zależnie od nośności potrzebnej dla tej powierzchni złotej.

Zaczynamy od guzka a nie od dziąsła, bo przezto otrzymujemy dużo więcej retencji trących ścian. Tyczy się to specjalnie zębów o typie grubszym, guzkowatym, gdyż cienkie smukłe zęby nie mają wybitnego guzka.

III. faza. Ścinanie kantu ostrza tym samym kamyczkiem Chayesa, ale w kierunku językowym, a to dlatego, ażeby uchronić złotem tę część powierzchni ostrza, która ma parować największą siłę zgryzu. Znosimy zgryz dla zastąpienia go złotem, ale w ten sposób, że korona po ukończeniu oglądana ze strony wargowej nie ukazuje tego złota od powierzchni zgryzowej. Złoto jest z przodu niewidoczne.

IV. faza. Rowek retencyjny zgryzowy można osiągnąć: *a)* kamyczkiem o kształcie odwróconego stożka, *b)* wiertłem ostrem, *c)* kamyczkiem ostrym jak ostrze scyzoryka. Autor używa najchętniej wierteł ostrych w kątnicy lub długich w rączce prostej.

Jeżeli ząb jest gruby, rowek ten robimy w pośrodku powierzchni zgryzowej. Jeżeli zaś ząb jest o przekroju podłużnym, spiczastym, umieszczamy ten rowek więcej ku stronie językowej po to, ażeby nie przeświecało złoto przez wargową ściankę, powodując tejże ściemnienie.

V. faza. Rowki poboczne. Rowek zgryzowy jest przewodnikiem dla rowków pobocznych i ich punktem wyjścia. Na przednich zębach rowki te zwykle wykonujemy wpuszczając średnicę wierteł szczelinkowych i spiczastych SSW. nr. 700 w głąb równolegle z wargową powierzchnią w $^1/_3$ grubości zęba. Umieszczamy te rowki boczne dlatego na środkowej trzeciej części grubości zęba, bo 1) otrzymujemy w ten sposób najdłuższe rowki a tem samem

maximum retencji, 2) brzeg rowka pobocznego jest umieszczony na polu oczyszczonem mechanicznie przez jedzenie (wedle zasady Blacka), 3) rowek taki nie zagraża miazdze.

Te rowki poboczne mają być równoległe do siebie i wpuszczone pod wolny brzeg dziąsła. Kończymy tę fazę usuwaniem podminowanych prążków szkliwa na brzegu wargowym i zaokrągleniem brzegu rowka językowego, tworząc podkowę.

VI. faza. Zdjęcie guzka językowego. Spiłowujemy guzek ten kamyczkiem Chayesa beczułkowatym, po którym wykańczamy kamyczkiem spiczastym. Baczymy na to, ażeby piłować ile możności równolegle z resztą spiłowanego zęba.

VII. faza. Stanowi ona toaletę preparacji, a mianowicie wygładzenie wszystkich opiłowanych powierzchni piaskowemi papierkami o rozmaitej grubości ziaren. Zasadą wszystkich zabiegów jest równolegle piłować wszystkie ściany i rowki, bo retencja jest tem mniejszza, im więcej spiłopane powierzchnie zbliżają się do formy spiczastej, a wtedy tylko cement utrzymuje ją na miejscu.

Pfau (Lwów)

Referaty z II. Międzynarodowego Kongresu Stomatologicznego w Bolonji, 14—19 kwietnia 1935. (Ciąg dalszy) [1])

Streszczenie.

J. Varga (Budapeszt) Die modernen Klammern und ihre Indicationsstellung. (Nowoczesne klamry i wskazania do nich). (Autoreferat). = 106 =.

Przy wykonywaniu protezy uświadomić sobie należy dokładnie, jakie siły działają na protezę. Jedna z nich to siła żucia, druga — siła, wyważająca protezę z podstawy. Tę drugą siłę podzielić możemy na ciężar protezy i na ciągnienie lepkich pokarmów, które protezę od podłoża odrywają. Sile żucia musi wedle autora przeciwdziałać „żyjąca podstawa", przeciw siłom drugiej grupy muszą być użyte różne sposoby ustalenia. Stojąc na tem stanowisku, staje się jasnem, że pazur na powierzchni żującej — mimo to, że jest częścią klamry — teoretycznie należy do podstawy protezy, gdyż znosi z nią nacisk, przenosząc go na otaczające zęby i nie przeciwdziała siłom ściągającym protezę z podłoża i nie daje zatrzymania protezy.

Tł. *T. O.*

M. Walter, Künstliche Endeffekte in der Keramik mit Unterglasurporzellanmalerei von Steele (mit Demonstrationen). (Malowanie na zębach porcelanowych powleczonych glazurą i jego efekty). (Autoreferat). = 107 =.

Najlepsze efekty w keramice zależą od 1) doskonałości kształtu uzupełnianego zęba, i 2) od doskonałego doboru koloru dla uzupełnianego zęba.

Kształt możliwie doskonały uzyskujemy przez opiłowywanie zęba i jego powierzchni. Kolor doskonały uzyskuje się, stwarzając przez malowanie farbami wrażenia przeświecania miejsc odwapnionych, przeświecania miazgi, pęknięć szkliwa itp. znamion zęba własnego pacjenta.

Autor używał „Unterglasurmethode" wedle Steela, którą uzyskiwał naj-

[1]) Zob. nr. 6/7. str. 195—204; nr. 8/9. str. 257—270.

lepsze rezultaty. Skrzynka do malowania powyższą metodą zawiera 9 kolorów, płyn do powlekania glazurą, masę do rozjaśniania i przybory malarskie.

Punkt topliwości farb równa się 960° — jest to punkt topliwości czystego srebra, który służy jako wskaźnik temperatury. Glazura topi się przy 1020 do 1060° C (punkt topliwości złota 23-kar.).

Autor maluje korony Jacketa i sztuczne zęby z ćwiekami platynowemi i zęby rurowe.

Tł. *T. Owiński*

G. B. Poletti (Milano). Sulle alterazioni osseo-muccose del palato da sussione di gomma e su di uu recente dispositivo di adesione delle placche protetiche. (O uszkodzeniach kości i błony śluzowej podniebienia twardego ssawkami gumowemi i o nowym sposobie umocowania protez płytkowych). = 84 =.

Po krótkiem przejściu anatomji i histologji normalnego podniebienia twardego przypomina autor dziś używane ssawki do protez płytkowych. Preparatami histologicznemi ilustruje uszkodzenia w kości i w błonie śluzowej, wywołane ssawkami gumowemi.

Autor uważa, że nie jest konieczne zakażenie kiłowe dla powstania perforacji podniebienia od ssawki i charakteryzuje równocześnie różnicę obu perforacyj — jednej na tle patologicznem, drugiej pochodzenia urazowego.

Autor omawia zabieg operacyjny plastyczny z podwójnym skrawkiem wedle Axhausena i stwierdza, że jest to metoda, dająca najlepsze rezultaty i znacznie lepsze w tych wypadkach, niż przy rozszczepach. Jako konkluzję swoich wywodów poleca zamiast dotychczas używanych ssawek „Lamina adhesiva Molmar" włoski produkt niedawno wypuszczony na rynek.

tł. *M. Owińska*

Dr. R. Rehak (Budapeszt). Neue kombinierte Graphikontabelle zum Gnathostatverfahren von P. W. Simon. (Nowa złożona tabela grafikonów do gnatostatycznych badań P. W. Simona). = 86 =.

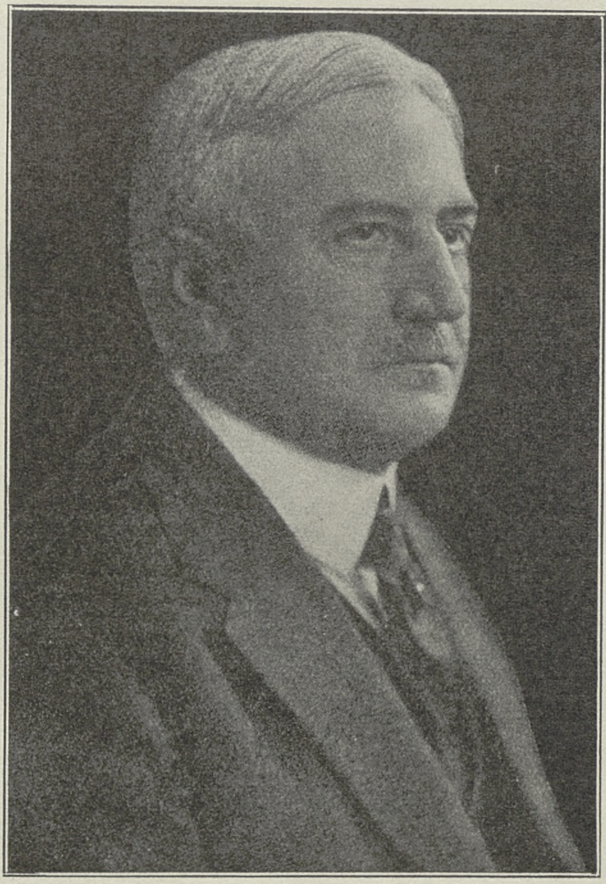
Współczesna ortodontyczna diagnostyka nie może się obejść bez cefalometrycznych, orjentujących się tzw. modeli gnatostatycznych. Gnatostatyczne postępowanie według Simona w świetle współczesnych metod jest najłatwiej do przeprowadzenia.

Na jednym bowiem gnatostatycznym modelu możemy łatwo odczytać zmiany poprzeczne, strzałkowe i pionowe dotyczące uzębienia (zgryzu) i kości szczęki, przyczem zmiany te przy pomocy gnatografu możemy ponadto łatwo utrwalić — graficznie — na papierze.

Na poprzeczne zmiany wskazuje poprzeczna krzywa podniebienia i pomiary -Pont'a (Pont-Messung), na strzałkowe zaś — strzałkowa krzywa podniebienia, a na pionowe — krzywa zgryzu (Okklusionskurven).

Dla jednolitego postępowania autor zmodyfikował oryginalną tabelę grafikonu i z pomocą „normalnej krzywej" Simona i wskaźników -Pont'a (Pont-Index) skonstruował nową złożoną tabelę grafikonu, która służy zarówno do określenia indywidualnych krzywych podniebienia jakoteż do określenia zmian łuków zębowych względnie zmian podniebienia.

Tę ulepszoną tabelę grafikonu przyjął Prof. P. W. Simon i używa jej do celów praktycznych. tł.: *S. Czortkower*



Dr. HARVEY J. BURKHART
z Rochester
(członek honorowy Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I)